

DE L'ÉTIOLOGIE
DES
HÉMORRHAGIES UTÉRINES

PENDANT LES
SIX PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 mars 1899, à 5 heures

PAR

Daniel WEILLER

Né à Nancy, le 28 mars 1876

Examineurs : { MM. HERRGOTT, professeur, président.
WEISS, professeur, }
ANDRÉ, agrégé, } *membres.*
SCHUHL, agrégé. }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1899

DE L'ÉTIOLOGIE DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

PENDANT LES
SIX PREMIERS MOIS DE LA GROSSESSE

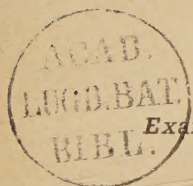
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 mars 1899, à 5 heures

PAR

Daniel WEILLER

Né à Nancy, le 28 mars 1876



Examineurs :

{ MM. HERRGOTT, professeur, président.
WEISS, professeur,
ANDRÉ, agrégé,
SCHUHL, agrégé. } membres.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✱, I O.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O,
HECHT ✱, I O, BEAUNIS ✱, O.

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ✱ I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, ✱ I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. FROELICH, A O, ag. chargé du cours.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I O, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, I O, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A O, ag. ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✱ A O, ag. ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A O, ag. ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I O.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, I O.	GUILLOZ, A O.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✱, A O.	FROELICH A O.	ANDRÉ.
ETIENNE.	SCHUHL A O.	BOUIN.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I O, ROHMER, I O, VAUTRIN, A O,
REMY, A O, P. PARISOT, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, $\frac{3}{4}$, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546204_0045

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Sur le conseil de M. le professeur agrégé Schuhl, nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale, l'étiologie des hémorrhagies utérines pendant les six premiers mois de la grossesse.

Nous ne sommes plus à une époque où nous pouvons nous contenter des données des anciens auteurs qui rattachaient les pertes survenant chez les femmes enceintes à un nombre de causes très restreint : règles persistant pendant la grossesse, émotions morales, pléthore sanguine. Telles étaient les idées de Mauriveau (1), de Baudelocque (2), de M^{me} Lachapelle (3), de Levret (4). Aujourd'hui, ces causes sont bien connues pour la plupart. Mais chacune d'elles a été étudiée séparément. Nous avons cru utile de réunir tous les faits acquis, de les grouper en un seul tout.

Et d'abord, précisons la signification que nous donnons aux mots « hémorrhagie utérine » : Nous voulons prendre cette expression dans son acception la plus large, y rattachant non seulement, comme on le fait d'ordinaire, l'hémorrhagie utéro-placentaire, mais encore toute extra-

(1) Maurice. *Traité des maladies des femmes grosses.*

(2) Baudelocque. *Art des accouchements.*

(3) M^{me} Lachapelle. *Manuel des accouchements.*

(4) Levret. *Art des accouchements.*

vasation sanguine venant des parois mêmes de l'utérus gravide ou du contenu de cet organe, que, d'ailleurs, ce sang sorti des vaisseaux se fasse jour à travers les voies génitales, ou que, pour une raison quelconque, il reste retenu dans la cavité de la matrice. Par exemple, nous ferons rentrer dans notre étude aussi bien l'écoulement menstruel persistant pendant la grossesse que l'hémorrhagie venant du décollement traumatique du placenta, de la dégénérescence myxomateuse du chorion ou de la rupture d'une varice du col.

Nous ne traiterons que des hémorrhagies survenant dans les six premiers mois, celles des derniers mois étant presque toujours dues à l'insertion vicieuse du placenta, question qui, à elle seule, nécessiterait un volume entier.

D'autre part, nous laisserons complètement de côté les hémorrhagies symptomatiques d'avortement, sujet trop important pour trouver place dans un travail aussi modeste que le nôtre. Nous disons « symptomatiques », car, ici encore, il nous faut préciser : Toute hémorrhagie qui se fait entre la paroi utérine et l'œuf peut déterminer l'avortement, soit en produisant un caillot qui excitera la contractilité de la matrice, soit encore en annihilant au point de vue fonctionnel une portion de placenta assez considérable pour tuer le fœtus. Il n'y a là qu'une question de degré, et une même cause peut donner lieu à une hémorrhagie très minime, qui passera inaperçue, ou à une hémorrhagie considérable qui amènera un décollement presque total du placenta. Quoi qu'il en soit, dans de pareils cas, l'hémorrhagie est la cause de l'avortement. Voici, au contraire, une femme enceinte qui contracte le choléra. L'hyperthermie ou les toxines microbiennes vont tuer le fœtus qui, devenu corps étranger, sera expulsé par la matrice. Comme dans toute délivrance, le placenta va se détacher, les vaisseaux utéro-

placentaires seront ouverts, et il y aura hémorrhagie. Mais, dans ce cas, l'hémorrhagie n'est pas la cause, c'est l'effet de l'avortement : de telles hémorrhagies sont symptomatiques d'avortement. Il y a donc une différence capitale à faire : d'une part, hémorrhagies pouvant, dans certains cas, provoquer l'avortement ; d'autre part, hémorrhagies pendant ou après l'avortement. Les premières rentrent dans le cadre de notre sujet ; quant aux secondes, nous n'en parlerons pas.

Avant d'entrer dans le vif de notre étude, nous nous faisons un bien doux devoir d'adresser un hommage public à la science et à l'érudition de M. le professeur Herrgott. Nous le remercions d'avoir bien voulu mettre à notre disposition les observations recueillies dans son service, et de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

C'est à M. le professeur Gross que nous devons nos connaissances chirurgicales. Nous lui en témoignons notre reconnaissance, et sommes heureux d'avoir suivi ses savantes cliniques.

Nous garderons un ardent souvenir et une impression inoubliable de l'enseignement si élevé de M. le professeur Bernheim. Pendant deux semestres, bien courts, à notre gré, nous avons pu apprécier le talent de notre excellent maître. Nous garderons précieusement les préceptes qu'il nous a donnés.

M. le professeur agrégé Schuhl nous a guidé dans le choix de notre thèse. Durant toutes nos études médicales, il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils. Il ne nous a ménagé ni sa peine, ni son temps. Puisse ce modeste travail être l'hommage de notre profonde reconnaissance envers lui.

Que tous nos maîtres de la Faculté reçoivent ici l'expression de notre gratitude.

INTRODUCTION

C'est une règle constante en obstétrique de considérer la femme enceinte sous deux points de vue :

1° Comme femme, d'une manière générale ;

2° Comme femme se présentant à nous dans des conditions particulières créées par la gestation.

Aussi, quand nous faisons l'examen clinique d'une femme grosse, non seulement nous portons notre attention sur l'utérus, mais nous nous renseignons aussi, par tous les moyens dont nous disposons, sur l'état des autres organes.

Cette distinction se poursuit dans la pathologie de la grossesse, et les maladies de la femme enceinte se divisent en maladies atteignant le système génital, et en maladies atteignant les autres organes, en maladies extra-génitales.

Pour suivre un certain ordre dans notre travail, nous adopterons cette division et, comme, selon l'expression de Barnes (1), « une perte sanguine venant d'une muqueuse n'indique pas toujours une maladie locale », nous diviserons les causes des hémorrhagies utérines en causes ne venant pas de l'appareil génital, et en causes venant de l'appareil génital. Celles-ci comprendront les causes venant des parois de l'utérus et les causes venant du contenu de l'utérus.

(1) Barnes. *Traité des maladies des femmes.*

CHAPITRE PREMIER

Causes ne venant pas de l'appareil génital.

Dans ce chapitre se placent les affections cardiaques, les maladies aiguës et l'albuminurie.

I. AFFECTIONS CARDIAQUES.

Une question tout d'abord se pose ici. En dehors de la gestation, une affection cardiaque produit de la congestion du foie, du poumon, cause des hémoptysies, des épistaxis, mais on observe rarement les métrorrhagies. Chez la femme enceinte, au contraire, les hémorrhagies utérines sont relativement fréquentes, comme le fait remarquer Durozier (1). Pourquoi cette différence?

C'est que, comme l'ont démontré Cazeaux (2) et Jacquemier (3), l'utérus gravide est un organe essentiellement vasculaire, composé principalement de muscles et de vaisseaux. Les divisions terminales artérielles sont innombrables; les veines sont des canaux larges et sinueux; n'ayant pour paroi propre qu'un mince endothélium appliqué directement sur les fibres musculaires de la matrice.

De ces dispositions anatomiques résultent des conditions physiologiques importantes. Dans cette multitude

(1) Durozier. *Archives de tocologie*, 1875.

(2) Cazeaux. *Traité des accouchements*.

(3) Jacquemier. *Manuel des accouchements*.

de fines artérioles, le sang subit des frottements répétés contre les parois de ces vaisseaux ; l'étroitesse de leur calibre contribue encore à augmenter l'obstacle à vaincre ; de sorte que l'ondée est très faible, et presque nulle la *vis à tergo*, qui est le facteur principal de la progression du sang dans les veines.

Le sang veineux, lui, est en grande quantité, occupe une vaste surface ; il doit avancer dans le sens contraire à la direction de la pesanteur. Pour le faire progresser, il faudrait une force de propulsion bien considérable, et nous avons précisément les conditions inverses.

Il est vrai que l'aspiration produite dans la veine cave inférieure pendant l'inspiration se fait sentir dans les veines utérines, que les sinus intra-utérins, passant dans de véritables anneaux musculaires, sont sous l'influence des contractions utérines qui facilitent un peu la progression du sang veineux.

Mais ces conditions favorables ne contrebalancent pas suffisamment les défectuosités que nous avons signalées plus haut, et, pendant tout le cours de la grossesse, il y a normalement stase sanguine de l'utérus.

Que, pour une cause ou pour une autre, cette stase s'accroisse encore et il y aura hémorrhagie. C'est précisément dans ce sens qu'agissent les affections cardiaques, qui ont pour effet d'amener une stase veineuse dans les organes.

OBSERVATION I

Insuffisance mitrale (Durozier).

[In thèse Remy] (1)

M^{me} M., trente-sept ans. A quinze ans, douleurs généralisées. Règles à dix-sept ans. A trente-trois ans, accouche d'un enfant

(1) Remy, *Influence de la grossesse sur les maladies du cœur*, thèse de Nancy, 1880, page 42.

(présentation du siège) qui meurt deux mois après. Dans cette grossesse, les règles ont persisté pendant les trois premiers mois. Epistaxis. On constate les signes d'une insuffisance mitrale. Deuxième grossesse heureuse; nourrit l'enfant. A la troisième grossesse, avortement à la suite de fatigues.

La première grossesse a donc été marquée par la persistance des règles pendant les trois premiers mois. Il serait plus exact de dire que pendant les trois premiers mois il y a eu, aux époques correspondant aux règles, un écoulement sanguin qui, très probablement, doit être mis sur le compte de l'insuffisance mitrale.

M. Remy fait suivre cette observation du récit des neuf grossesses d'une femme atteinte d'insuffisance mitrale (caractérisée par un souffle au premier temps à la pointe et un dédoublement au second bruit, la pointe battait au septième espace). Pendant les cinq premières grossesses, la femme eut des pertes et avorta chaque fois du deuxième au sixième mois. Sixième grossesse à terme. Mais, dans les trois dernières grossesses, on voit de nouveau survenir les pertes et l'avortement.

OBSERVATION II

Insuffisance mitrale (Pinard).

[In thèse Remy] (1)

Honorine L., vingt-trois ans. Réglée à quatorze ans. Attaques de rhumatismes à sept ans, qui dura cinq mois; à neuf ans, qui dura un mois; à onze, à quatorze et à dix-neuf ans. Depuis, bonne santé, mais dyspnée, palpitations, bronchite légère.

Quatre accouchements à terme.

Dernières règles, 1^{er} août. Au troisième mois, vomissements, palpitations, oppression considérable, ascension pénible.

En janvier (cinquième mois), œdème des membres inférieurs,

(1) Page 46.

bronchite intense, expectoration abondante. Les crachats renferment un peu de sang. Des syncopes d'assez longue durée surviennent quelquefois.

Le 3 février (sixième mois), perd un peu de sang ; le 4, aussi. Le 5, elle accouche d'un fœtus mort, mais non macéré. Placenta sain, mais hydrotomisé.

A l'auscultation, on entendait un souffle systolique intense à la pointe. Forte hypertrophie du cœur. Dans la poitrine, râles sous-crépitanants à la base, râles sibilants dans le resté du poumon.

Voici donc une insuffisance mitrale, avec accidents nombreux, qui a causé, au commencement du sixième mois, des hémorrhagies bientôt suivies d'avortement.

Dans les observations suivantes, il y a encore eu avortement.

OBSERVATION III

Rétrécissement aortique (Seuvre).

(In thèse Remy) [1]

M^{me} T. entre le 7 janvier à la Maternité. Femme grande, d'une forte constitution, mais à figure pâle, légèrement bouffie. Elle n'a fait ni chute, ni effort exagéré et n'a éprouvé aucune émotion vive. Depuis quelques jours, elle perd de l'eau rousse et ressent, depuis quelques heures surtout, des douleurs dans les reins. Elle est enceinte de quatre mois.

Par le toucher, on sent le col dilaté comme deux francs et la tête engagée dans l'excavation pelvienne. Les douleurs sont espacées et irrégulières.

Elle dit avoir toujours eu une menstruation régulière. Elle est à sa cinquième grossesse. Trois accouchements à terme, le quatrième terminé par un avortement de trois mois et demi, sans cause appréciable. Depuis deux ans environ, la femme éprouve des palpitations et de l'oppression à la moindre fati-

gue, surtout quand elle monte un escalier, et elle est prise de temps en temps de quintes de toux, sans expectoration. Une de ses sœurs, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme subaigu, présente des symptômes analogues. Le père est mort d'une affection du cœur consécutive à un rhumatisme articulaire aigu.

L'examen du cœur et de la poitrine permet de reconnaître l'existence d'un rétrécissement aortique compliqué d'œdème pulmonaire marqué surtout à droite. Submatité en arrière et à droite, râles muqueux et sous-crépitaux. A la base du cœur, premier bruit rude et prolongé. Pouls petit, irrégulier. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

Le 8 janvier, les douleurs sont moins accusées. Mais, dans la soirée du 9, elles reprennent et la femme accouche d'un fœtus qui donne quelques signes de vie pendant une demi-heure; il est long de 23 centimètres et pèse 250 grammes. Le cordon est grêle. Le placenta paraît anémique; il ne présente d'ailleurs aucune lésion. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

Insuffisance mitrale (Letulle).

(In thèse Porrack) [1]

Rose F., vingt-huit ans. Attaque de rhumatisme aigu à vingt-trois ans. Depuis ce moment, elle est sujette aux palpitations et à l'essoufflement.

Première grossesse à vingt-quatre ans et demi. Cette grossesse parcourt ses périodes sans aggravation notable du côté du cœur et sans accidents. Accouchement à terme.

Actuellement, elle ne se croyait pas enceinte. Pas d'exagération des troubles cardiaques. Mais il y a trois semaines, elle a eu des pertes abondantes. Le médecin qui la soignait a trouvé dans le sang un œuf intact contenant un fœtus. Nous n'avons pas pu avoir d'autres renseignements. L'intégrité des membranes fait supposer que la grossesse était peu avancée.

(1) Porrack. *Des accidents gravido-cardiaques*, thèse d'agrégation, 1880, page 98.

Les règles avaient persisté pendant cette grossesse.

A l'auscultation, on constate à la pointe du cœur un souffle systolique court, très rude, ordinairement précédé d'un claquement qui paraît être le claquement valvulaire systolique, à la base, souffle anémique très doux.

Suites de couches normales.

Voici donc une grossesse pendant tout le cours de laquelle les règles ont persisté. Il est plus vrai de dire que la congestion utérine, normale dans l'utérus gravide et plus intense encore aux moments correspondant aux règles, s'est encore accentuée à ces époques sous l'influence de l'insuffisance mitrale et est alors devenue assez forte pour rompre des vaisseaux et produire une hémorrhagie. Du moins, dans cette observation, comme dans l'observation I, l'écoulement sanguin avait bien la périodicité des véritables règles.

Voici maintenant deux observations où l'accouchement a eu lieu à terme :

OBSERVATION V

Cardiopathie (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott.
Maternité de Nancy, 1896).

Hélène F..., trente et un ans. Deuxième grossesse.

Mère morte du typhus.

Ne sait à quel âge elle a commencé à marcher. Régliée à 14 ans. Les époques sont régulières, abondantes, durant trois à six jours.

A vingt-trois ans, rhumatisme articulaire qui a duré un an, sans fièvre, mais avec œdème des membres inférieurs. Le rhumatisme a complètement disparu pendant la première grossesse, qui a été normale.

Dernières règles, 23 décembre. Ont reparu, très peu abondantes en janvier pendant un jour.

Nouvelles métrorrhagies, peu abondantes, en mars et en juin, pendant un jour.

Leucorrhée abondante. Vomissements presque continuels. Bronchite dans le premier mois. Palpitations, surtout à la fin de la grossesse.

Céphalée.

A l'examen du cœur, bruits un peu sourds à la base, premier bruit éclatant à la pointe. Pas de souffle. Au poumon, dans la fosse sus-épineuse droite, submatité, légère augmentation des vibrations thoraciques, résonance de la voix, diminution du murmure vésiculaire, expiration un peu prolongée. Mêmes signes à gauche, mais moins marqués.

Léger œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine.

Accouchement normal, délivrance normale.

Foyers hémorrhagiques placentaires.

Les phénomènes constatés à l'auscultation du cœur prouvent qu'il y a, sinon une cardiopathie véritable, du moins quelque chose d'anormal du côté de cet organe. Dès lors, il y a eu des troubles du côté de la circulation, il y a eu insuffisance cardiaque, selon l'expression de M. Dieulafoy. En particulier, il y a eu congestion et même hémorrhagie placentaire nettement constatée. Il y a tout lieu de supposer que les hémorrhagies survenues pendant la grossesse sont dépendantes de la même cause. Ce qui prouve que, dans certaines conditions (congestion utérine normale pendant la grossesse), il n'est point besoin d'une lésion cardiaque bien accentuée pour produire des hémorrhagies utérines. Le moindre changement dans l'équilibre vasculaire peut les causer.

OBSERVATION VI

Insuffisance mitrale (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1894).

Marguerite B..., vingt-deux ans. Première grossesse.

Père et mère rhumatisants. Deux frères et une sœur bien portants.

A commencé à marcher à dix-huit mois. Rougeole pendant la première enfance. A deux ans, maladie fébrile à manifestations cérébrales, dont la femme ne peut préciser la nature.

Réglée à dix-neuf ans. Au début, les règles étaient espacées d'environ six semaines en deux mois, puis elles vinrent régulièrement tous les vingt-huit jours, durant trois ou quatre jours.

Fin des dernières règles, 20 décembre. Le 1^{er} janvier, la malade perd une petite quantité de sang. Grossesse normale. Œdème malléolaire. Rien au poumon. Au cœur, léger souffle systolique à la pointe.

Accouchement normal le 21 septembre. L'enfant pèse 3,400 grammes.

Délivrance par expression. Le placenta pèse 450 grammes, il est dégénéré et atrophié sur environ le quart de sa surface.

L'écoulement sanguin n'ayant apparu qu'une fois, et dans le premier mois de la grossesse, on peut se demander si ce n'était pas les véritables dernières règles, celles du 20 décembre n'étant en réalité que les avant-dernières. Mais, la femme étant régulièrement réglée tous les vingt-huit jours, les époques auraient dû apparaître non le 1^{er} janvier, mais le 17. De plus, supposons que l'écoulement du 1^{er} janvier ait été les dernières règles, l'accouchement aurait dû avoir lieu vers le 6 octobre. Or, il a eu lieu le 21 septembre : il y aurait donc eu accouchement prématuré. Rien ne nous permet de faire

une pareille hypothèse : on n'a pas remarqué que l'utérus ait un volume ne correspondant pas à celui d'un utérus à neuf mois et le poids de l'enfant est bien celui d'un fœtus à terme. Il n'y a donc pas eu accouchement prématuré et les dernières règles étaient bien du 20 décembre.

Quelle est donc la cause de l'hémorrhagie du 1^{er} janvier ? Elle n'offre pas les caractères d'un écoulement menstruel persistant pendant la grossesse, et nous ne pouvons l'attribuer qu'à l'affection cardiaque, à l'insuffisance mitrale, caractérisée par le souffle systolique à la pointe. L'atrophie et la dégénérescence constatées du côté du placenta concordent bien avec cette idée, quoique l'anatomie du placenta cardiaque ne soit pas nettement tracée jusqu'à présent.

Remarquons que, parmi les affections cardiaques provoquant des hémorrhagies utérines pendant la grossesse, l'insuffisance mitrale est le plus souvent mise en cause. Nous l'avons notée cinq fois sur nos six observations.

Obésité, pléthore, altitude. — Par le même mécanisme que les cardiopathies, par stase veineuse, agit également l'obésité. Elle a, en effet, comme conséquence plus ou moins tardive, mais fatale, la surcharge graisseuse du cœur qui, gênant le bon fonctionnement de cet organe, entravant la contraction du muscle cardiaque, rendant la systole plus faible, amène la stagnation du sang noir dans les organes et en particulier dans l'utérus.

C'est encore dans le même sens que certaines affections pulmonaires, la bronchite chronique, l'asthme, l'emphyseme, exercent leur influence sur la grossesse. Par leur retentissement si marqué sur le cœur droit, elles provoquent un ralentissement du sang dans la circulation veineuse des organes et peuvent ainsi être la cause de métrorrhagies.

Dans le même ordre d'idées, citons enfin la pléthore. Nous ne voulons pas parler ici de la pléthore spéciale aux femmes enceintes, qui consiste, il est vrai, en une augmentation de quantité dans la masse totale du sang, mais qui, d'après les recherches d'Andral et Gavarret (1), n'est qu'une fausse pléthore, une pléthore aqueuse, une pléthore par quantité et non par qualité; l'eau seule est en proportion plus grande dans le sang; la quantité des autres éléments, des éléments nobles, tels que l'hémoglobine, est au contraire normale ou même diminuée. Mais il est des femmes qui, normalement, sont pléthoriques, qui ont toujours les yeux injectés, le facies congestionné. Il est évident que, chez elles, la tension sanguine est accrue et qu'elles sont prédisposées aux hémorrhagies utérines pendant la grossesse.

On a incriminé également l'altitude de produire des métrorrhagies, soit par la diminution de la pression atmosphérique qui favorise la congestion des organes, soit par décollement traumatique du placenta, qui aurait lieu quand les femmes descendent les pentes rapides des montagnes. En réalité, cette cause n'est rien moins que certaine et nous ne la citons que pour mémoire.

II. MALADIES AIGUES

Parmi les maladies aiguës, nous n'étudierons que les maladies générales, infectieuses, qui, atteignant tout l'organisme, peuvent causer des troubles du côté de l'utérus.

De tout temps, on a remarqué qu'une maladie infectieuse évoluant chez une femme enceinte amène très souvent des métrorrhagies avec ou sans interruption de la grossesse. Ce fait a été mis en lumière surtout pour les

(1) Andral et Gavarret. *Essais d'hématologie*.

fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et la grippe, qui sont les maladies infectieuses les plus communes dans nos climats. Pendant la dernière épidémie de choléra, on a observé des faits analogues.

Morin (1) fait remarquer combien l'épidémie de grippe de 1890 fut fertile en phénomènes hémorrhagiques, et principalement en métrorrhagies chez la femme enceinte.

Zielinski (2) dit que depuis longtemps on a signalé dans la fièvre typhoïde des pertes sanguines du côté de l'utérus, surtout chez la femme enceinte. Au début, ce sont des écoulements légers, analogues aux épistaxis, prodromes de la maladie ; plus tard, ce sont des hémorrhagies passives, facilitées encore par la friabilité spéciale des vaisseaux.

La discorde commence quand il s'agit de savoir quelle est la cause prochaine de ces métrorrhagies. Les uns, avec Güsserow (3), admettent une métrite hémorrhagique d'origine infectieuse. Ainsi, Slawjanski (4) prétend que le choléra peut engendrer une métrite hémorrhagique qui, chez la femme non enceinte, produit des hémorrhagies extérieures, tandis que, chez la femme en gestation, elle produit l'avortement par hémorrhagie placentaire. Cet auteur aurait trouvé des lésions constantes du côté de l'utérus. « La caduque utérine était très épaisse, molle, d'un violet foncé ; elle présentait des épanchements sanguins pouvant atteindre 1 centimètre et demi de diamètre. La caduque ovulaire était aussi épaisse, mais d'une façon moins marquée, offrant des

(1) Morin. *Remarques sur la dernière épidémie de grippe et particulièrement sur ses phénomènes hémorrhagiques*. Thèse de Paris, 1891.

(2) Zielinski. *De la Métrite comme cause d'avortement*. Thèse de Paris, 1896.

(3) Güsserow, *Centralblatt für Gynækologie*, 1890.

(4) Slawjanski. *Archiv Gynækologie für Gymathologie*, 1890.

extravasats dont les dimensions ne dépassaient pas celles d'un grain de chènevis. » A la vérité, on ne voit pas pour quelles raisons telle maladie infectieuse, qui peut causer une endocardite, une phlébite, une otite, une néphrite, ne pourrait pas être également l'origine d'une métrite.

Cependant, la plupart des auteurs contemporains rejettent cette opinion et pensent avec Labadie-Lagrave (1) que sous l'influence vaso-dilatatrice des toxines microbiennes, il se produit une hyperémie utérine pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie.

Enfin, on a concilié ces deux opinions, et Vinay (2), Minjlieff (3) croient qu'il faut mettre en cause tantôt la métrite, tantôt l'hémorrhagie sans lésion utérine.

OBSERVATION VII

Grippe.

(Ruffié) [4]

M^{me} H..., 36 ans. Quatrième grossesse. Constitution athlétique et santé des plus vigoureuses.

Menstruation toujours régulière. Pas de fausse-couche.

En janvier, attaque bénigne d'influenza. Les règles n'avaient plus paru depuis huit semaines. Elle en attribuait la cause à une grossesse commençante, dont elle disait éprouver les phénomènes sympathiques : vomituration le matin, perversion du goût et de l'appétit, palpitations cardiaques.

Au huitième jour de la maladie, alors qu'il y avait une rémission bien marquée dans la toux et dans la fièvre, une perte utérine assez profuse se déclara. La convalescente croit à un retour régulier de ses règles. La persistance de la perte prenant les

(1) Labadie-Lagrave. *Médecine moderne*, 1892.

(2) Vinay. *Maladies de la grossesse*.

(3) Minjlieff. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1892.

(4) Ruffié. *Influenza et grossesse*. Thèse de Lyon, 1894.

caractères d'une hémorrhagie, lui fit désirer, au cinquième jour, la visite du médecin.

Appelé auprès de la malade, je dus, pour me rendre maître de l'hémorrhagie, pratiquer un tamponnement vaginal. Vingt-quatre heures après, expulsion d'un embryon de deux mois environ.

OBSERVATION VIII

Fèvre typhoïde

(Baratte) [1]

M^{me} X..., 37 ans. Trois grossesses antérieures normales. Grossesse actuelle de trois mois.

Appelle le 19 mai le docteur M... La malade se plaint de violentes douleurs dans la tête et le long de la colonne vertébrale, d'envies de vomir, de diarrhée. La veille, elle a vu dans sa chemise et dans ses draps un peu de sang.

Le 21, hémorrhagie utérine.

Le 25, la langue est sèche, foligineuse. Taches rosées sur l'abdomen. Température, 40°.

Le 27 et le 28, métrorrhagie, qui se renouvelle le 4 juin.

Le 5 juin, avortement, à la suite duquel la malade se rétablit.

On voit donc que les maladies aiguës peuvent produire des métrorrhagies.

Purpura, hémophilie, scorbut. — C'est dans le même sens qu'agissent certaines autres maladies, telles que l'hémophilie, le purpura, le scorbut, qui sont aussi très probablement de nature infectieuse, et qui sont si souvent des causes d'avortement. Nous n'avons pas trouvé d'exemples où ces maladies ont provoqué pendant la grossesse des écoulements sanguins par les voies génitales.

(1) Baratte. *De la fièvre typhoïde pendant la grossesse.* Thèse de Paris, 1882.

tales. Mais, théoriquement du moins, elles doivent pouvoir le faire, puisque leur caractéristique est précisément de produire des hémorrhagies multiples.

Peut-être aussi modifient-elles la crase sanguine, comme certaines intoxications chroniques, celles par le plomb et la nicotine, par exemple, et l'on sait combien sont fréquentes les métrorrhagies et les fausses-couches chez les femmes qui travaillent dans les manufactures de tabac.

C'est certainement sur la crase sanguine qu'agit l'albuminurie que nous allons étudier maintenant.

III. ALBUMINURIE

Dans ce chapitre, nous traiterons indistinctement de l'albuminurie d'origine gravidique ou antérieure à la grossesse.

Bien que déjà Jacquemier (1), Simpson (2), aient décrit les lésions hémorrhagiques du placenta, c'est à Chantreuil (3) que revient le mérite d'avoir nettement établi les rapports qui existent entre ces lésions et l'albuminurie. Aujourd'hui, l'anatomie pathologique du placenta albuminurique est des mieux connues. Les lésions sont disposées en foyers qui, brunâtres et friables quand ils sont récents, grisâtres, durs et adhérents, quand ils sont anciens, présentant au microscope un réticulum de fibrine et des globules rouges, offrent bien les caractères d'épanchements sanguins.

Ces lésions ne sont pas constantes : de ce qu'une femme est albuminurique, on n'est pas en droit de déduire que son placenta est forcément albuminurique. Sur soixante-

(1) Jacquemier. *Archives générales de médecine*, 1839.

(2) Simpson. *Clinique obstétricale et gynécologique*.

(3) Chantreuil. *Leçons de l'hôpital des Cliniques*.

dix cas rapportés par Rouhaud (1), quarante et une fois le placenta était sain.

Mais quand on a sous les yeux un placenta présentant l'aspect que nous avons cité, on peut affirmer sans crainte que la femme était albuminurique.

La conséquence fréquente de ces lésions est l'accouchement prématuré.

A quelle époque de la gestation se produisent ces hémorrhagies placentaires ?

Dans les soixante-dix cas de Ronhaud, vingt-neuf fois il y eut des altérations placentaires, qui provoquèrent treize fois, soit 44,82 p. 100, l'accouchement prématuré au septième ou huitième mois.

Or, si l'accouchement prématuré s'est fait du septième au huitième mois, nous pouvons admettre que les altérations placentaires, cause de l'interruption de la grossesse, se sont produites dans les six premiers mois.

Donc, quand l'albuminurie produit des hémorrhagies placentaires, elles se font pendant les six premiers mois dans une proportion de 44,82 p. 100, d'après cette première statistique.

D'autre part, Cagny (2), sur trente-huit cas de lésions placentaires, a noté seize fois, soit 44,82 p. 100, l'accouchement prématuré du septième au huitième mois.

Donc, d'après cette seconde statistique, les hémorrhagies placentaires se font pendant les six premiers mois dans une proportion de 42,10 p. 100, chiffre sensiblement égal au premier. En moyenne, nous trouvons que l'albuminurie, quand elle cause des lésions placentaires, les

(1) Rouhaud. *Des lésions du placenta dans l'albuminurie*. Thèse de Paris, 1887.

(2) Cagny. *Des hémorrhagies placentaires dans l'albuminurie*. Thèse de Paris, 1891.

produit pendant les six premiers mois dans une proportion de 43,46 p. 100.

Ces hémorrhagies placentaires, qui ne donnent pas lieu à un écoulement sanguin extérieur, ne sont d'ailleurs pas les seules à se produire. Il est facile de concevoir que, si l'hémorrhagie, au lieu de se faire dans les parties centrales du placenta, naît sur le bord de ce placenta, elle pourra le décoller et se faire jour à travers les parties génitales.

C'est ce qui est arrivé dans le cas suivant.

OBSERVATION IX

Albuminurie (Viedow)

(In thèse de Cagny)

Femme de trente-cinq ans. Trois grossesses antérieures. Deux accouchements à terme suivis de délivrance artificielle ; un avortement.

Au sixième mois de la quatrième grossesse, en août, hémorrhagie utérine prolongée, nécessitant son entrée à la clinique.

Le 19 septembre, un accès d'éclampsie. Urines albumineuses.

Le 20, expulsion d'un garçon vivant, qui vécut jusqu'à la trente-deuxième semaine. Délivrance artificielle.

Placenta petit, renfermant des noyaux cunéiformes de 1 à 2 centimètres.

Voici deux autres faits du même genre.

OBSERVATION X

Albuminurie

[Rousseau-Dumarcet] (1)

M^{me} P..., trente-deux ans, est entrée à la clinique Baudelocque le 23 février.

Elle a déjà eu six grossesses. La deuxième seule a amené un

(1) Rousseau-Dumarcet. *Du décollement prématuré du placenta normalement incéré*. Thèse de Paris, 1892.

enfant vivant et à terme. Dans les cinq autres, elle a mis au monde, avant terme, des enfants morts et macérés.

Dernières règles du 12 au 20 septembre.

Vers une heure de l'après-midi, cette femme, en allant à la garde-robe, a ressenti une vive douleur et a perdu une quantité de sang assez grande, dit-elle, mais qu'elle ne peut évaluer. Depuis ce moment jusqu'à huit heures du soir, l'hémorrhagie a continué, abondante ; c'est alors qu'elle se fait transporter à la clinique. Injections très chaudes ; l'hémorrhagie s'arrête.

Pas d'œdème, mais les urines contiennent une grande quantité d'albumine. L'utérus offre une consistance ligneuse.

Le 24 février, M. Pinard constate que le col est effacé ; l'orifice admet l'extrémité du doigt ; la poche des eaux est tendue constamment.

M. Pinard, d'après les renseignements qui lui sont fournis et l'examen de la femme, porte le diagnostic d'hémorrhagie rétro-placentaire.

A trois heures du soir, la femme perdant un peu de sang, M. Lepage rompt les membranes. Le liquide amniotique est en petite quantité ; il est fortement teinté de sang. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes et, à 3 h. 25, expulsion d'un fœtus mort pesant 520 gr.

Quinze minutes après, deux violentes contractions utérines chassent un énorme caillot. On fait un peu d'expression utérine, et il sort une grande quantité de caillots, suivis immédiatement par le placenta. Tous ces caillots pèsent environ 260 gr.

Le placenta présente dans son épaisseur des foyers hémorrhagiques, dont l'un atteint la face utérine du placenta par un orifice facilement visible.

OBSERVATION XI

Albuminurie

[Budin] (1)

M^{me} X..., primipare, trente-quatre ans.

Nous ne trouvons chez elle, comme antécédents pathologiques,

(1) Budin. *Leçons de clinique obstétricale*, p. 27.

que quelques affections (coqueluche, rougeole, scarlatine) de la seconde enfance. Elle fut soignée pour de l'anémie jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; à cet âge, elle commença à être réglée. A partir de dix-huit ans, la menstruation s'établit régulière en périodicité et en durée jusqu'à sa grossesse.

Les dernières règles normales se sont terminées le 18 mars. Toutefois, jusqu'au cinquième mois de la gestation, quelques écoulements sanguins se sont produits par les voies génitales, mais moins réguliers et moins abondants qu'avant la conception.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus jusqu'au cinquième mois ; huit jours avant l'entrée à l'hôpital, ils ont diminué d'intensité ; cependant la femme pense les avoir encore sentis dans la matinée du jour où elle a accouché. Les seins, après avoir subi leur hypertrophie physiologique, se seraient affaîssés depuis environ une semaine.

Vers la fin du septième mois, est apparu un œdème des membres inférieurs, d'abord peu prononcé, sauf le soir, après les fatigues de la journée ; cet œdème, suivant une évolution croissante, n'a pas tardé à envahir les jambes, les cuisses et la paroi abdominale, au point d'obliger la femme à cesser tout travail depuis quinze jours. De plus, il y a trois semaines, se sont produites d'abondantes épistaxis, qui se sont répétées pendant huit jours, survenant le matin et même trois ou quatre fois dans la journée.

En dehors des complications que je viens de signaler et d'un phlegmon de la jambe survenu au début de la gestation à la suite d'un traumatisme, l'état général est resté satisfaisant : non seulement il n'y a eu ni troubles sensoriels, ni céphalagie, mais encore les migraines, fréquentes avant la grossesse, ont presque disparu.

Le 29 novembre, à six heures du soir, c'est-à-dire près d'un mois avant le terme normal, la femme vit se produire brusquement, par les organes génitaux, au moment où elle se disposait à uriner, un écoulement liquide très fluide, un peu rougeâtre ; d'abord abondant, il diminua ensuite progressivement, ainsi qu'il arrive quand le liquide amniotique s'échappe après la rup-

ture des membranes de l'œuf. A 7 heures du soir, se déclaraient les douleurs du travail, et, à 10 h. 30', les douleurs augmentant d'intensité et s'accompagnant de vomissements, elle se fit transporter à la clinique.

Le premier examen est pratiqué à 11 h. 30'. La femme est bien constituée. Les urines renferment une notable quantité d'albumine. Les membres inférieurs, la vulve, l'abdomen, sont infiltrés par un œdème considérable. L'épaississement de la paroi du ventre, la résistance du globe utérin, demeuré distendu malgré l'écoulement du liquide amniotique, ne permettent pas de tirer de renseignements précis des investigations de la palpation. Nul indice de mouvement actif ni de battement du cœur fœtal.

L'orifice utérin est complètement dilaté ; le doigt arrive à nu, vu l'absence de poche des eaux, sur une présentation qui offre tous les caractères du siège en SIGA ; le membre pelvien postérieur reste seul accolé à la présentation, l'autre est relevé.

Au moment où j'arrivais près de la parturiente, le siège se dégageait. Je remarquai que les deux membres inférieurs étaient rigides, l'un dans l'extension, l'autre dans la flexion. Une nouvelle contraction expulsa rapidement le reste du tronc ainsi que la tête et j'emportai le petit cadavre sur la crèche pour l'examiner attentivement.

On réclama alors ma présence près de la mère, dont l'utérus restait volumineux et dur ; comme s'il contenait un second fœtus. Voulant pratiquer le toucher, je trouvai le placenta à la vulve ; je demandai un bassin pour le recueillir, et, la femme ayant fait un nouvel effort, l'arrière-faix fut expulsé. Derrière lui s'échappèrent les caillots et du sang liquide ; le tout pouvait être évalué à plus d'un litre. Ces caillots, de teinte noirâtre, de consistance grumeleuse et ferme, indiquaient nettement que le sang qui les constituait devait avoir séjourné depuis un certain temps déjà hors des vaisseaux.

La délivrance terminée, la main portée au-dessus du pubis put constater que le globe utérin affectait une disposition parfaitement normale. Je fis pratiquer une injection intra-utérine très chaude, pour assurer l'hémostase.

Le placenta, pesant 700 grammes, était couvert sur sa face utérine de caillots et de sang liquide; l'un des caillots, long de 8 centimètres et large de 3, adhérait au tissu placentaire, dans l'épaisseur duquel il s'était creusé une espèce de loge superficielle.

La membrane était rompue à 10 centimètres du bord placentaire.

De pareils cas sont évidemment rares. Sur onze observations de Rousseau-Dumarcet, où l'albuminurie produisit des hémorrhagies extérieures, une fois seulement (c'est l'observation que nous avons citée) le fait s'est produit dans les six premiers mois.

Nous n'avons rien trouvé de semblable dans nos recherches sur ce sujet à la Maternité, qui ont embrassé une période de dix ans. Quoi qu'il en soit, nous avons cité trois exemples nous prouvant que ces hémorrhagies peuvent se produire. Il est bon d'être prévenu et d'avoir l'attention attirée de ce côté.

CHAPITRE II

Causes venant de l'appareil génital

Nous diviserons ce chapitre en causes venant des parois de l'utérus, et causes venant du contenu de l'utérus.

A) Causes venant des parois de l'utérus.

I. MÉTRITE.

Dans la métrite, la muqueuse utérine est congestionnée, ecchymotique, de couleur rouge foncé. Cette congestion se remarque aussi dans toute l'épaisseur de la paroi de l'organe et dans l'interstice des fibres musculaires. Voilà qui est déjà suffisant pour produire des hémorrhagies.

Une seconde source d'écoulement sanguins réside dans les érosions et ulcérations du col, si fréquentes au cours de la métrite.

Enfin, la métrite peut se propager à la caduque ovulaire, déterminer l'inflammation de cette membrane qui y amènera une congestion intense et une néo-formation vasculaire, origine possible d'hémorrhagies, comme nous en avons un exemple dans l'observation XIV.

OBSERVATION XII

Métrite

(Zielinski) [1]

Marie M..., trente-sept ans. Entre le 27 octobre dans le service du professeur Cornil, à l'Hôtel-Dieu.

Trois grossesses normales. Dans la quatrième, hémorrhagie pendant le dernier mois et le fœtus mourut pendant l'accouchement. Trois semaines après, elle entre dans le service de M. Potain, pour des douleurs dans le bas-ventre et des pertes sanguinolentes. On diagnostique métrite. La femme sort au bout de huit jours, continuant à perdre du sang mêlé aux glaires. Les règles deviennent irrégulières et abondantes.

Depuis le mois de mai, la femme n'a plus vu ses règles. Nausées, vomissements et pertes de sang peu abondantes, mais fréquentes.

Le 24 octobre, elle entre à l'hôpital. Utérus gros, dur, régulier. Col très long. Pas de battements fœtaux, ni de signes de grossesse. On hésite entre le diagnostic de grossesse et celui de métrite. Vers le soir, les douleurs augmentent, mais n'ayant rien d'analogue avec les douleurs du travail. A 6 heures du matin, hémorrhagie et la femme voit entre ses jambes l'œuf intact.

Fœtus macéré de trois mois et demi à quatre mois. Liquide amniotique couleur chocolat. Placenta normal.

OBSERVATION XIII

Métrite

(Zielinski)

Henriette R..., vingt-cinq ans.

Réglée à quatorze ans, régulièrement jusqu'à vingt ans. A ce

(1) Zielinski. *De la Métrite comme cause d'avortement*. Thèse de Paris, 1894.

moment, les règles sont devenues irrégulières. Leucorrhée. Douleurs dans le bassin. Pas de syphilis.

Première grossesse terminée par un avortement de six mois attribué à une chute.

Deuxième grossesse terminée par un avortement de deux mois attribué à la fatigue.

Dernières règles, 8 décembre. Cette grossesse est accompagnée de douleurs dans le bas-ventre, pertes fréquentes d'eau roussâtre et douleur à la miction.

Le 3 avril, à la suite d'une fatigue, fortes douleurs aux reins et dans le bas-ventre, pertes abondantes d'un liquide roussâtre et fausse-couche d'un fœtus de trois mois et demi. Délivrance artificielle.

Dans les observations suivantes, la métrite a amené l'accouchement prématuré.

OBSERVATION XIV

Métrite

(Budin) [1]

Adèle B..., vingt-trois ans.

Entre à la Maternité le 21 décembre et accouche spontanément le 30 au matin, après un travail qui a duré 21 h. 45'.

Chez cette femme, qui jouit d'une bonne constitution, les règles apparaissent depuis l'âge de quatorze ans très régulièrement et abondamment, tous les mois pendant quatre jours.

Quelques accidents légers avaient accompagné sa grossesse : odontalgie, suite de carie dentaire ; leucorrhée ; syncopes ; pyrosis ; vomissements. La dernière apparition des règles datait du 6 au 10 juin. Cette femme était donc enceinte d'un peu plus de six mois et demi.

L'enfant présentait le sommet en O I G A.

Cette enfant, née vivante, pesait 1,200 grammes.

Membranes rompues à 5 centimètres du bord placentaire. On

(1) Budin. *Obstétrique et Gynécologie*.

n'avait pu apprécier la quantité ni la couleur du liquide amniotique. Le placenta était sain, mais il n'en était pas de même des membranes.

On trouvait dans l'épaisseur de la caduque un caillot, trace d'une hémorrhagie ancienne. Il était situé loin de la circonférence placentaire, d'un côté à 13 centimètres, de l'autre à 11 centimètres du bord. Il était volumineux, mesurant 9 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. Un peu plus épais à l'une de ses extrémités qu'à l'autre, il offrait 7 centimètres dans sa plus grande hauteur. Il siégeait dans la caduque. On pouvait isoler facilement le chorion et l'amnios, qui étaient intacts. Ces deux membranes étant enlevées, le caillot et la caduque à la périphérie du caillot restaient seuls. Ce caillot rouge, irrégulier, tomenteux par la surface qui était en rapport avec la muqueuse utérine, était au contraire lisse par la surface qui regardait le chorion. Cette surface lisse était brunâtre et présentait des taches irrégulières d'un blanc grisâtre. Sur une coupe perpendiculaire à sa surface, on trouvait dans le caillot trois couches : une superficielle, recouverte par la caduque considérablement épaissie, une moyenne, d'un rouge brun, formée véritablement par la fibrine comprenant dans ses mailles de nombreux globules sanguins, enfin une profonde, en contact avec le chorion, et qui, lisse, d'un blanc grisâtre, formait une couche épaisse de 1 millimètre environ, qu'on pouvait séparer, mais avec difficulté, de la couche moyenne.

En examinant avec attention la caduque, on la voyait conserver son aspect normal gris rosé jusqu'à 5 centimètres des bords du placenta. Elle devenait alors plus épaisse et plus rouge, d'autant plus épaisse et plus rouge qu'on se rapprochait davantage du point où l'hémorrhagie s'était produite. On y constatait la présence de petits vaisseaux très fins, mais qui devenaient de plus en plus volumineux dans le voisinage du caillot. Examinés au microscope, ces vaisseaux étaient remplis de nombreux globules rouges. Sur les bords mêmes du caillot, quelques-uns mesuraient 1 millimètre de diamètre. Ils étaient gorgés de sang, noirs, distendus, moniliformes.

L'aspect blanc grisâtre de la couche profonde semblait due à

une dégénérescence granulo-graisseuse de la fibrine du caillot. D'après M. Tarnier, sa formation datait de trois ou quatre semaines.

Interrogée, la malade ne se rappelait pas avoir éprouvé durant sa grossesse aucune douleur utérine, aucune menace de fausse-couche. Aucune cause nouvelle, en dehors de l'hémorrhagie de la caduque, n'expliquait davantage son accouchement prématuré. Elle n'avait jamais présenté les symptômes de la syphilis ; du reste, les fémurs et la rate du fœtus, étudiés plus tard, furent trouvés intacts.

L'enfant mourut 8 h. 15' après sa naissance, par insuffisance de la respiration. L'autopsie en fut faite : on ne trouva rien qui puisse nous arrêter.

En résumé, du côté des membranes, on trouvait une hémorrhagie dans la caduque, hémorrhagie qui s'était faite loin du placenta, loin de l'insertion de l'œuf à l'utérus, mais plutôt au voisinage du col utérin. Sur la caduque hypertrophiée existaient des vaisseaux, qui, près du caillot, étaient dilatés, monili-formes, comme ceux dont on constate l'existence dans les néo-membranes.

Voici donc un cas d'endométrite, démontré par l'hypertrophie de la caduque, la dilatation des vaisseaux, qui a causé dans le cinquième mois une hémorrhagie, laquelle ne s'est pas montrée à l'extérieur et qui a provoqué l'accouchement prématuré.

Dans l'observation suivante, l'endométrite causes des pertes sanguines. Il y eut aussi un accouchement prématuré.

OBSERVATION XV

Métrite

(In thèse Roy) [1]

Julie F..., vingt-deux ans. Entre le 28 juin dans le service du professeur Tarnier.

(1) Roy. *Des rapports de l'Endométrite avec la Grossesse et l'Accouchement*. Thèse de Paris, 1891.

Constitution bonne.

Son premier enfant est venu par le siège et est mort pendant l'accouchement.

Dernières règles du 6 au 9 février. Vers le commencement de juin (quatrième mois), elle a été prise de pertes survenant sans cause appréciable, apparaissant à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, pour s'arrêter complètement au bout de quelques heures et reparaitre ensuite. Les pertes, simplement aqueuses d'abord, se colorèrent en rose, puis en rouge plus vif, et la femme entra à l'hôpital.

On constate alors l'existence d'une grossesse de quatre mois environ, avec un ballotement fœtal assez net perçu par le palper abdominal combiné au toucher.

En présence des renseignements fournis par la malade et des pertes d'eau et de sang dont on constate la présence sur ses linges, on la met au repos, on l'immobilise au lit et on lui administre un lavement de laudanum : il y avait en effet quelques contractions légèrement douloureuses au niveau de l'hypogastre. Sous l'influence du repos et du laudanum, l'utérus se calme. Le col est resté intact, long et fermé, mais les pertes continuent, s'arrêtant quelques heures, un jour et même davantage, pour reparaitre ensuite.

Cet état persiste pendant tout le mois de juillet. On cherche s'il n'existe pas quelque lésion du cœur, du rein, etc. : on ne trouve rien de ce côté. Bientôt les hémorrhagies se reproduisent, plus fréquentes. Mais, si les pertes sanguines apparaissent tous les jours, en revanche, elles sont fort peu abondantes. La femme ne souffre guère, s'assied sur son lit et demande même à se lever.

On examine le col au spéculum pour voir s'il ne présente pas quelque polype ou quelque végétation d'où viendrait l'hémorrhagie : on ne trouve rien, et les pertes continuent. Pas de fièvre, état général bon. On entend les battements du cœur fœtal.

Le 29 août, à minuit et demi, des douleurs utérines se manifestent. Malgré les calmants, elles deviennent plus fortes, et la dilatation est complète à 5 h. 20' du matin, et à 5 h. 50' expulsion d'une fille vivante, pesant 1,200 grammes. Elle s'était présentée en O I D A.

Placenta normal et complet. Les membranes sont très incomplètes et profondément modifiées. Autour du placenta et sur une étendue assez grande, la caduque est remarquablement épaissie, mamelonnée, présentant à sa surface des masses cylindriques ou coniques du volume d'un pois à celui d'une noisette, de couleur jaunâtre ou blanchâtre, s'implantant sur la caduque qui recouvre le chorion. A côté d'elles, existent d'autres masses, aplaties, brunâtres, simplement accolées à la caduque, et qu'il est très facile de détacher. Ces formations ont une consistance toute spéciale: elles sont aisément friables; elles ont de plus une forme aplatie très manifeste. Ce sont, à n'en pas douter, des caillots qui ont séjourné entre la caduque et le chorion, tandis que les autres productions sont des dépendances certaines de la caduque hypertrophiée. A environ 5 centimètres du bord placentaire, le chorion se trouve à nu, la caduque manque alors complètement.

Suites de couches normales.

Dans les deux observations suivantes, l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION XVI

Métrite

(In thèse Zielenski)

M^{me} B..., trente-huit ans. Réglée à quinze ans.

Depuis la première grossesse, les règles sont devenues irrégulières, et, dans leur intervalle, il y avait toujours de la leucorrhée.

Lors de son premier mariage, elle a fait une fausse-couche de six semaines, sans cause appréciable et deux accouchements normaux.

Mariée ensuite avec un ouvrier bien portant, elle est prise, en octobre, d'une métrorrhagie abondante, à la suite d'un refroidissement, dit-elle. Soignée à l'hôpital Tenon, on y pose le diagnostic de métrite. Son état s'améliora, mais elle continua à perdre des mucosités, quelquefois teintées de sang.

La quatrième grossesse survint alors. Elle fut accompagnée de pertes sanguines, parfois abondantes. Le 24 janvier, elle fait une chute insignifiante, et le 4 février, la femme ressent dans les reins et le bas-ventre des douleurs, qui deviennent de plus en plus intenses. Le 10, elle entre au service de M. Maygrier, où elle accouche d'un enfant de sept mois, vivant, pesant 2,060 grammes, et qui mourut le lendemain. Placenta œdédié, membranes déchirées, délivrance spontanée.

Les années suivantes, M^{me} B... souffrait fréquemment dans le bas-ventre, avait des hémorrhagies légères et de la leucorrhée.

Actuellement, elle est à sa cinquième grossesse. Dernières règles, du 18 au 20 novembre. Pendant toute la grossesse, vomissements, pertes de sang et de mucosités, douleurs dans le bas-ventre ; mais, en général, l'état est meilleur que pendant la grossesse précédente.

Le 27 avril, apparition des premières douleurs. Elle entre alors dans le service de M. Maygrier, où elle accouche d'un enfant à terme, vivant, pesant 2,620 grammes. Délivrance normale. Placenta de 450 grammes, marginé. Le chorion et la caduque sont restés adhérents aux parois utérines.

L'amnios faisait procidence avec le cordon.

Le lendemain, expulsion spontanée des membranes avec des caillots.

En examinant microscopiquement les membranes, nous avons trouvé que la caduque présentait en certains endroits des épais-sissements de consistance toute spéciale et, à côté, des masses brunâtres, friables, se détachant facilement, qui étaient des caillots sanguins.

OBSERVATION XVII

Métrite (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott.

Maternité de Nancy, 1897).

Adeline R..., dix-huit ans. Primipare.

Mère morte d'une affection cancéreuse de l'estomac. Père bien portant. Un frère mort de méningite à vingt ans.

Ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher. Régulée à quinze ans, régulièrement. Pas de maladie antérieure.

Fin des dernières règles, 7 décembre. Au début, grossesse normale, sans phénomènes sympathiques. Dans le cours du quatrième mois, la femme a commencé à pondre de l'eau rousse. Suintement continu avec quelques moments d'arrêt. Cet écoulement a cessé il y a un mois. Rien d'anormal au cœur et aux poumons.

Accouchement normal le 10 septembre.

A l'examen du délivré, on constate que la caduque est épaissie et qu'il en est resté environ un tiers dans l'utérus.

La métrite a donc été marquée dans ce cas par des pertes persistant pendant tout le cours, ou à peu près, de la grossesse.

II. TUMEURS UTÉRINES.

Ce sont le fibrome et le cancer.

La pathogénie des hémorrhagies n'est pas la même dans les deux cas.

Le fibrome ne donne pas directement naissance à des métrorrhagies, en ce sens que la tumeur fibreuse ne saigne jamais. Elle provoque des écoulements sanguins indirectement.

Le fibrome prédispose aux grossesses ectopiques. On peut supposer une telle tumeur obturant plus ou moins complètement une trompe de Fallope, de sorte que le spermatozoïde, doté de mouvements propres, pourra parvenir à contourner la masse néoplasique et à pénétrer dans la trompe, tandis que l'élément femelle, n'ayant que les mouvements passifs qui lui impriment les contractions tubaires, ne pourra pas arriver jusqu'à l'utérus. Il y aura grossesse extra-utérine. Première cause de métrorrhagies.

Le fibrome prédrosopose aussi à l'insertion vicieuse du placenta. L'ovule fécondé glisse facilement sur la tumeur et gagne le segment inférieur de l'utérus, où il va se développer. Deuxième cause de métrorrhagies.

Mais enfin, il y a des cas où une grossesse se développe normalement dans un utérus fibromateux, et cependant il se produit des hémorrhagies. C'est que, dans ces cas, la tumeur, par sa proximité de la muqueuse utérine, en détermine l'inflammation, provoque une métrite de voisinage et c'est celle-ci qui est la source des écoulements sanguins. Mais, pour ce faire, il faut que la tumeur soit assez proche de la muqueuse et c'est pourquoi les fibromes sous-muqueux donnent des hémorrhagies fréquentes, les interstitiels moins et les sous-péritonéaux presque pas ou même pas du tout.

Sur 307 cas de fibromes rapportés par Lefour (1), 47 fois il y eut des hémorrhagies dans les six premiers mois, soit : 15,3 p. 100.

Dans ces 47 cas, il n'y avait ni grossesse ectopique, ni insertion vicieuse du placenta.

Dans le cancer, l'hémorrhagie vient aussi de la métrite concomittante, métrite qui est bien plus fréquente que dans le fibrome, puisque le cancer est toujours très voisin de la muqueuse.

L'hémorrhagie vient ensuite de ce que le cancer, tumeur mal circonscrite, envahit les tissus voisins, corrode les vaisseaux et les ouvre.

Enfin, l'hémorrhagie vient de la tumeur elle-même, qui est toujours saignante et fréquemment ulcérée.

(1) Lefour. *Les Fibromes utérins pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation, 1880.

OBSERVATION XVIII

Fibrome

[Budin] (1)

Le 5 juillet, à neuf heures du matin, on apportait sur un brancard à l'hôpital de la Pitié une jeune fille de dix-huit ans, domestique, Alfreda P...

Généralement bien portante, elle avait été réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, et, depuis cette époque, elle avait toujours été régulièrement menstruée. Jamais elle n'avait eu de pertes de sang dans l'intervalle des périodes menstruelles, dont la durée était chaque fois à peu près égale.

Dans ces derniers temps, elle n'avait rien noté de particulier de ce côté, si ce n'est un peu d'augmentation de volume de l'abdomen, auquel elle n'avait pas attaché d'importance, car elle avait eu à plusieurs reprises, autrefois, du ballonnement du ventre, après les repas. Sauf quelques vomissements qu'elle avait eus un certain nombre de mois auparavant, sa santé était restée bonne.

La veille, dans la matinée, elle avait éprouvé quelques douleurs abdominales. Dans l'après-midi, elle avait été surprise de se sentir mouillée, elle croyait qu'elle urinait involontairement. Pendant toute la soirée, elle continua à perdre du liquide, puis, dans la nuit, ses coliques augmentèrent. Comme elle souffrait beaucoup et qu'elle avait senti quelque chose d'anormal du côté de ses organes génitaux, on fit venir un médecin, qui trouva une main à la vulve.

Elle fut étonnée d'apprendre qu'elle était enceinte et en travail. Elle ne niait pas avoir eu des rapports sexuels, mais jamais elle n'avait soupçonné sa grossesse. On la fit transporter à l'hôpital. Après un accouchement laborieux, qui nécessita l'embryotomie, et une délivrance normale, on examina l'utérus.

Le cul-de-sac vaginal antérieur est intact, le postérieur aussi. Le col présente au niveau de l'orifice externe et à gauche une déchirure qui n'arrive pas jusqu'au vagin.

(1) Budin. *Obstétrique et Gynécologie*, p. 585.

Le doigt pénètre dans la cavité utérine, dont la paroi antérieure a une épaisseur normale ; sur cette paroi, on sent les inégalités qui correspondent au lieu d'implantation du placenta. En arrière, il existe une masse globuleuse, ayant à peu près le même volume du poing ; cette masse est adhérente à la paroi postérieure de l'utérus, avec laquelle elle se confond, et elle présente une saillie arrondie qui s'avance jusqu'à l'orifice interne. Entre la partie la plus inférieure de cette masse et la paroi postérieure de l'utérus, il y a un sillon, une sorte de cul-de-sac.

M. Budin fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

L'existence d'un fibrome sous-muqueux, reconnu par le toucher utérin seulement après la délivrance, permet de comprendre pourquoi notre malade avait pu ne pas penser qu'elle était enceinte. Cette erreur s'expliquait par la persistance des règles, ou mieux par la production d'hémorrhagies dans le cours de la gestation ; en effet, en y réfléchissant bien, elle se rappela que les écoulements sanguins n'étaient pas revenus à des intervalles absolument réguliers ; mais elle n'y avait pas attaché d'importance. Il n'y avait presque pas eu de phénomènes sympathiques : à part quelques vomissements, rien, du côté des seins ou des autres organes de l'économie, n'avait attiré son attention. Comme, autrefois, elle avait eu à plusieurs reprises du tympanisme abdominal après les repas, c'est au même phénomène qu'elle avait rapporté l'augmentation du volume de son ventre. Les premiers mouvements du fœtus n'avaient pas non plus été rattachés par elle à leur véritable cause.

OBSERVATION XIX

Fibrome (Lucas-Championnière)

[In thèse Lefour] (1)

M^{me} X..., trente-huit ans. A toujours eu des règles abondantes, et quelquefois douloureuses.

(1) Lefour. *Les Fibromes utérins compliquant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation, 1880, p. 205.

L'ayant examinée après son mariage, je sentis dans la paroi antérieure de l'utérus, à gauche, un noyau d'induration, qui me fit admettre la présence d'une tumeur fibreuse.

En novembre, cette dame m'annonce que ses règles sont supprimées. Elle croit être enceinte. Ce mois et le suivant, pas de troubles digestifs. Le col, toujours gros autrefois, est à peu près dans le même état. Les tubercules de Montgomery sont très développés.

Le 1^{er} janvier (troisième mois), cette dame, qui avait perdu un peu de sang dans la journée, est prise dans la nuit d'une hémorrhagie effrayante. Le sang traverse plusieurs matelas. Consultation avec mon collègue, M. Siredey, le 3 janvier. Nous constatons l'augmentation du volume de l'utérus, la présence d'une tumeur dure, du volume d'un œuf, occupant la région antérieure de l'utérus, au-dessus du ligament large gauche. L'écoulement sanguin s'est modéré.

Après un traitement consistant en maintien dans la position horizontale, glace et lavements laudanisés, l'écoulement s'arrête. Il ne reparut plus durant tout le cours de la grossesse.

OBSERVATION XX

Fibrome (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott,
Maternité de Nancy, 1898).

M^{me} F... Réglée à dix ans. Menstrues régulières, mais abondantes, avançant toujours de huit jours, durant une semaine. A partir de vingt ans, elles furent moins abondantes. Entre les époques, pas de pertes, mais leucorrhée très abondante.

Fin des dernières règles, le 30 janvier. Rien de particulier jusqu'au quatrième mois, où elle ressent des douleurs dans le bas-ventre. Entre à l'hôpital, où elle est examinée par M. le professeur Gross, qui l'envoie à la Maternité. M. le professeur Herrgott trouve une grossesse compliquée de fibrome. Celui-ci siège sur la face antérieure de l'utérus, est interstitiel, et rejette l'organe dans la concavité du sacrum.

Phénomènes de compression de la vessie et du rectum.

(Envies fréquentes d'uriner. Constipation).

La femme ne veut pas rester au service et sort.

Elle y rentre au mois de juillet (quatrième mois), disant avoir perdu du sang ; l'hémorrhagie s'est montrée pendant la nuit et s'est arrêtée spontanément ; elle a été peu abondante.

On conseille à la malade de rester au service ; elle refuse. Enfin, elle y revient une troisième fois, le 30 octobre, pour accoucher.

Remarquons que la tumeur n'a donné lieu, pendant tout le cours de la grossesse, qu'à une hémorrhagie, qui, en somme, n'a pas été très abondante. Ce sont, en effet, les fibromes sous-muqueux qui, donnant une endométrite de voisinage par leur proximité de la muqueuse, causent surtout des hémorrhagies, tandis que les fibromes interstitiels, et plus encore les sous-péritonéaux, se caractérisent par des symptômes de compression du côté de la vessie et du rectum. Dans les deux premières observations, les fibromes étant sous-muqueux, il y a eu des hémorrhagies très sérieuses.

OBSERVATION XXI

Cancer (Bernardy).

[In thèse d'agrégation de Bar] (1)

Une femme, âgée de trente ans, mariée depuis 6 mois, présentait une pneumonie double.

Le 3 octobre, voyant le ventre gros, j'appris qu'il y avait une grossesse de 5 mois, quoique le ventre parût plus développé qu'il ne l'est à cette époque. Douleurs vives dans la région inguinale droite, remplie par une immense tumeur atteignant presque le bord inférieur du foie. L'utérus, ou ce qui semblait être l'utérus, était gros et repoussé du côté gauche.

(1) Bar. *Du Cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation, 1886, p. 11.

A l'examen vaginal, on trouve le côté droit du bassin rempli par une tumeur. Tout d'abord, il parut y avoir de la fluctuation, mais, à un examen plus approfondi, la tumeur sembla dure au toucher. L'utérus, rejeté à gauche, est immobile ; le col a presque disparu ; l'orifice, fermé et souple, est derrière le pubis.

Cette femme, étant à la promenade, ressentit tout à coup une douleur vive, lancinante, dans le côté droit de l'abdomen, et fut sur le point de s'évanouir. Le lendemain, léger écoulement de sang. Par le repos, la douleur disparut, et la malade reprit ses occupations. La douleur revenait à la moindre fatigue ; les rapports étaient douloureux et suivis d'une hémorrhagie le lendemain.

On songea soit à une grossesse extra-utérine, soit à une tumeur compliquant la grossesse.

Quelques jours après, il y eut une poussée de péritonite qui rendit tout examen impossible ; on ne pouvait délimiter ni la tumeur ni l'utérus. On conclut que les symptômes et l'historique faisaient croire à une grossesse extra-utérine, mais que, sans doute, l'utérus contenait quelque chose, tumeur ou enfant. On pencha pour un utérus gravide.

Le 19, on m'envoya chercher, sous prétexte d'une aggravation de la péritonite. Je trouvai la femme en travail ; le fœtus descendait rapidement. En une demi-heure, le travail fut achevé. Je trouvai alors une grosse tumeur remplissant la partie supérieure du côté droit du bassin ; l'utérus était entouré par une tumeur dure. Le col était dur.

A partir de ce moment, les poumons se dégagèrent, mais la femme était extrêmement faible.

Le 3 novembre, la tumeur existait encore et le col était dur. Je commençai à penser à une tumeur maligne.

Le 27, vomissement, qui fut arrêté avec difficulté.

Écoulement sanguin par le vagin et douleur constante au-dessus de la région de l'utérus. La malade est extrêmement faible ; le moindre effort l'épuise et amène une hémorrhagie utérine.

Le 28, pleurésie avec épanchement occupant tout le côté gauche.

Le 1^{er} janvier, consultation avec le docteur Goordell. On fit le diagnostic positif de tumeur maligne. Pronostic de mort imminente. La femme mourut subitement le soir même.

A l'autopsie, épanchement pleural double, occupant toute la cavité à gauche. Poumons refoulés, paraissant hépatisés, mais sains en réalité. Épanchement péricardique modéré ; végétations sur la valvule mitrale. La cavité abdominale est distendue par un liquide louche.

Les intestins sont refoulés en haut ; il y a des traces de péritonite au début. Une portion de l'iléon, à droite, paraît malade, noirâtre et gangrenée.

L'utérus est augmenté de volume. A sa surface extérieure, il présente une tumeur d'aspect irrégulier, bosselée, couverte de larges veines. En pressant avec le doigt sur la tumeur, on la déchire, et on arrive dans une cavité grosse comme une noix d'Amérique. Cette cavité ne communique pas avec l'intérieur de l'utérus. En ouvrant celui-ci, on trouve sa cavité presque oblitérée ; la tumeur paraît avoir entièrement absorbé le tissu utérin, à l'exception du col. Dans le corps de la tumeur, on observe de petites masses, dont la grosseur peut atteindre celle d'un œuf.

Dans cette observation, il y a donc eu avortement.

Dans la suivante, il y a eu accouchement prématuré, d'un fœtus mort, à sept mois et demi.

OBSERVATION XXII

Cancer (Martel).

[In thèse d'agrégation de Bar] (1).

Femme âgée de trente-sept ans. Sixième grossesse.

La dernière menstruation date du 3 mars. Rien de particulier jusqu'au milieu de mai, époque où, à la suite d'un travail fatigant, se montre, pendant trois jours, une première hémorrhagie, peu abondante. Quinze jours après, nouvelle

(1) P. 86.

hémorrhagie, suivie d'un écoulement sanguinolent non fétide, qui dura trois semaines, cessa, réapparaissant à la moindre fatigue.

M. Depaul reconnaît par le palper et le toucher les particularités suivantes. L'utérus est développé comme dans une grossesse de cinq mois environ. L'enfant est vivant. Le doigt est immédiatement arrêté, dès son introduction dans le vagin, par une masse inégale, mamelonnée, grenue, qui, au premier abord, peut être prise pour le col très hypertrophié, et qui n'est que la paroi postérieure du vagin envahie par la lésion cancéreuse, et très épaissie. Tout le pourtour du vagin offre des saillies de tissu cancéreux plus ou moins longues qui bouchent le canal et ne laissent arriver au col qu'avec une certaine difficulté. Le museau de tanche est dégénéré dans toute sa périphérie, anfractueux, déchiqueté, surtout en avant.

Le 30 octobre, expulsion d'un fœtus mort.

Dans un autre cas, la grossesse se prolongea jusqu'aux approches du terme.

OBSERVATION XXIII

[*Cancer*: M^{mes} Boivin et Dugès] (1).

M^{me} B. . . , trente-sept ans, est accouchée heureusement trois fois à terme. Après sa dernière couche, elle eut une hémorrhagie utérine qui dura sept mois. L'examen apprit alors que le col de l'utérus était entièrement dévoré par une ulcération cancéreuse. La portion restée saine présentait des bords déchiquetés, durs, insensibles.

Après un an de veuvage, elle se remaria. L'acte vénérien était suivi d'un écoulement de sang assez abondant, mais sans douleur. Au second mois du mariage, des symptômes de grossesse se firent sentir. Au troisième mois, petite perte de sang qui reparut souvent et augmenta d'intensité à mesure que la grossesse approchait de son terme.

(1) M^{mes} Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus*.

Dans le cours du neuvième mois, les douleurs utérines apparurent, continuèrent, accompagnées d'hémorrhagies, pendant huit jours, au bout desquels la masse cancéreuse s'ouvrit pour laisser passer un fœtus mort et macéré.

III. DÉRIVATIONS UTÉRINES.

Les changements de direction de l'utérus en avant ou sur les côtés apportent peu de troubles du côté de l'organe gravide qui, dans ces directions, ne rencontre que des tissus mous se laissant facilement déprimer par lui.

Il n'en est plus de même dans la rétro-version. Elle provoque en effet une compression considérable de la vessie et du rectum, manifestée cliniquement par de la constipation et de la dysurie opiniâtres. Nous nous rappelons avoir entendu, pendant notre stage à la Maternité, M. le professeur Herrgott raconter le cas d'une malade envoyée par sa sage-femme, parce qu'elle croyait sa cliente à terme et qu'elle ne pouvait poser de diagnostic quant à la présentation du fœtus (1). Le ventre était, en effet, aussi développé qu'il l'est au 9^e mois. En pratiquant le toucher, M. le professeur Hergott sentit, séparées du doigt par la paroi postérieure du vagin, des masses dures, qui étaient des matières fécales. On donna plusieurs lavements, qui amenèrent l'expulsion d'une quantité considérable de masses stercorales. On pratiqua alors le cathétérisme vésical, qui donna issue à 4 litres d'urine. Le ventre était alors diminué notablement de volume, et l'on constata une grossesse de 3 mois avec rétroversion de l'utérus.

Une telle distension de la vessie et du rectum a pour conséquence inévitable une stase veineuse dans les organes pelviens, en particulier dans l'utérus, augmentée

(1) Le cas a été rapporté dans la *Revue médicale de l'Est*, 1898.

encore par la compression directe de l'utérus lui-même sur les gros troncs veineux.

Mais ce n'est pas tout, et il y a une autre cause de congestion utérine. Quand la rétro-version est à son premier degré, quand le fond de l'utérus est dirigé vers l'angle sacro-vertébral, la paroi antérieure peut augmenter de volume pendant la gestation et la matrice devenir organe abdominal. Mais quand elle est au second et au troisième degré, quand le fond de l'utérus est dirigé vers la concavité du sacrum ou vers le coccyx, que va-t-il arriver si, par les modifications gravifiques, l'organe s'hypertrophie, augmente de volume ? Il arrivera qu'il s'enclavera, s'incarcérera dans le pelvis, il sera comprimé par les parois osseuses du bassin et il y aura gêne dans la circulation utérine, stase veineuse et congestion. On comprend sans peine que, dans de telles conditions, il puisse se produire des hémorrhagies utérines.

OBSERVATION XXIV

Rétroversion (Résumée) [Charles] (1).

Le 13 novembre, je fus appelé près de M^{me} L... pour des douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre et pour l'impossibilité dans laquelle elle se trouve, depuis quelques jours, d'uriner volontairement. Elle ne se croit nullement enceinte, et m'apprend qu'il y a cinq mois ses règles ont disparu, son ventre a augmenté de volume et elle a eu des vomissements réitérés. Mais, deux mois après, elle a eu une perte abondante qu'elle a considérée comme une fausse couche ; six semaines après est survenue une autre perte.

Je constatai la rétroversion de l'utérus, et le 1^{er} décembre, j'entendis nettement les battements du cœur du fœtus.

La femme accoucha au mois de mars d'un garçon vivant.

(1) Charles. *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse.*

Étudions maintenant la persistance des règles pendant la grossesse, la rupture de l'utérus, la grossesse extra-utérine et les varices du col.

IV. PERSISTANCE DES RÈGLES PENDANT LA GROSSESSE

Le caractère des règles réside dans leur périodicité. Pour qu'il y ait persistance des règles pendant la grossesse, il faut que l'écoulement sanguin apparaisse à époques fixes, régulières, correspondant à celles où viendraient les menstrues, si l'utérus n'était pas gravide.

De tout temps, les auteurs ont remarqué que les règles pendant la grossesse étaient moins abondantes, avaient une teinte moins rouge, duraient moins longtemps que l'écoulement normal. « Les règles pendant la grossesse, dit Tarnier (1), ont changé de qualité, de quantité et de durée. »

Mais, pour donner à un écoulement sanguin le nom de règles, nous sommes en droit de lui demander qu'il en ait la périodicité, sans quoi on pourrait désigner sous ce nom toute hémorrhagie venant des voies génitales, plus ou moins régulière, venant à époques plus ou moins fixes.

Il faut, de plus, que l'écoulement sanguin continue sans interruption le cours des menstrues; il faut qu'il y ait continuité dans l'apparition des cataménies.

Mais il ne suffit pas que l'écoulement soit périodique, il ne suffit pas qu'il continue la série des époques, il faut encore qu'on ne trouve, pendant la grossesse ou après la délivrance, aucune cause organique, aucune lésion, aucune disposition anatomique capable d'expliquer l'hémorrhagie.

(1) Tarnier, Budin et Chantreuil. *Traité des accouchements*. T I, p. 476.

Ainsi comprise, la persistance des règles pendant la grossesse compte un nombre très faible d'observations. Mauriceau, Baudelocque, M^{me} Lachapelle, en citent des exemples. Dans ces dernières années, les cas se sont faits encore plus rares, depuis que Pinard (1) a montré l'influence de l'insertion vicieuse du placenta sur les hémorrhagies des premiers mois de la grossesse.

Sur le total de nos observations, on trouve neuf fois (obs. I, IV, XXXIX, XL, XLI, XLII et les trois observations que nous allons citer), l'hémorrhagie ayant le caractère périodique des règles. Sur ces neuf cas, on note quatre fois l'insertion du placenta sur le segment inférieur (obs. XL, XXIX, XLI, XLII) et deux fois une cardiopathie (obs. I et IV). Dans les trois autres cas, il y a eu véritablement persistance des règles. On voit donc que si cette cause d'hémorrhagie est bien moins fréquente qu'on le croyait autrefois, elle est néanmoins indéniable.

OBSERVATION XXV

Règles (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1898).

Julie F..., trente-deux ans. Première grossesse.

Réglée à treize ans et demi. Suppression des règles à quinze ans et à vingt-trois ans, chaque fois pendant trois mois. Habituellement réglée régulièrement pendant trois, quatre ou cinq jours.

Fin des dernières règles, fin mars. Pendant les quatre premiers mois, les règles ont persisté à l'époque normale, mais très peu abondantes et ne durant que deux jours. Le premier sang qui apparaissait était rouge, puis il devenait rosé. Leucorrhée.

(1) Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886.

Rien de particulier aux poumons. Au cœur, le premier temps à la pointe est un peu prolongé ; légère hypertrophie du cœur gauche.

Voilà un exemple bien net de persistance des règles pendant la grossesse. Nous ne voyons pas à quelle autre cause on pourrait rattacher cet écoulement de sang périodique. Nous ne pouvons le mettre sur le compte d'une cardiopathie se manifestant par les signes itéthos-copiques notés dans l'observation, car, si nos souvenirs sont exacts, et d'ailleurs ils nous ont été confirmés par la femme elle-même, nous avons examiné Julie F... à la salle Sainte-Perpétue, vers le sixième mois de sa grossesse, et nous n'avions alors rien constaté de particulier du côté du cœur.

OBSERVATION XXVI

Règles (inéдите)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1896).

Marie D..., vingt-deux ans. Primipare.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Pas de maladie antérieure. Ne sait pas quand elle a commencé à marcher. Réglée à douze ans, régulièrement, pendant cinq jours chaque fois.

La femme a été continuellement réglée pendant tout le cours de sa grossesse, tous les mois, comme avant d'être enceinte, mais en moins grande quantité. Elle ne peut pas spécifier la date de son terme.

L'accouchement eut lieu le 17 juin. Il ne présenta rien de particulier si ce n'est que, les contractions utérines devenant très faibles à la fin de l'expulsion, on fit une application de forceps à la vulve. A part ce fait, rien à signaler. La rupture des membranes s'est faite après la dilatation complète. L'enfant pèse 3,170 grammes.

Il n'y a donc eu ni rupture prématurée des membranes, ni accouchement avant terme (le poids de l'enfant le prouve) et rien ne nous permet de supposer qu'il y ait eu insertion du placenta sur le segment inférieur. Nous ne voyons donc, pour expliquer l'écoulement sanguin de la grossesse, aucune autre cause que la persistance des règles.

OBSERVATION XXVII

Règles (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1895).

Constance F..., vingt-trois ans. Troisième grossesse.

Dans les antécédents personnels, on relève des signes de rachitisme. Bassin rétréci. A toujours été bien réglée, pendant six jours chaque fois.

Dernières règles, 16 juin, mais ces règles n'ont duré que quatre jours au lieu de six. Le terme probable serait donc le 21 mars, si la fécondation a eu lieu aux règles de juin, le 21 février, si elle a coïncidé avec celles de mai, qui, elles, avaient le caractère habituel et comme durée et comme quantité.

Comme il y avait bassin rétréci, on provoque l'accouchement prématuré le 18 janvier. Malgré tout, il fallut faire la basiothrypsie, la malade refusant toute autre intervention.

Délivrance normale. Le fœtus pèse 2,400 grammes, sans substance cérébrale.

Les dernières règles datent-elles de mai ou de juin ? Pour résoudre cette question, nous n'avons à notre disposition que l'époque de l'accouchement, 18 janvier, et le poids de l'enfant. 2,400 grammes sans substance cérébrale, soit, avec celle-ci, 2,500 grammes.

Un fœtus de 2,500 grammes correspond en moyenne à une grossesse de huit mois et demi. Donc, le 18 janvier, la femme était à la moitié du neuvième mois de sa ges-

tation. Mais, comme elle était à sa troisième grossesse, et comme le poids des enfants augmente avec le nombre des grossesses, nous dirons, pour être large, que le 21 janvier commençait le neuvième mois. Le terme normal était donc le 21 février et les dernières règles, par conséquent, remontaient au mois de mai. S'il y a eu un écoulement sanguin en juin, c'est que l'écoulement menstruel a persisté pendant le premier mois de la grossesse.

V. RUPTURES DE L'UTÉRUS

Nous comprendrons sous ce nom les plaies traumatiques et les ruptures spontanées de l'utérus.

Plaies traumatiques. — L'utérus peut être atteint par des corps tranchants, piquants ou contondants. Ces traumatismes peuvent venir de l'extérieur, et ils ont d'autant plus de chances d'atteindre l'utérus que cet organe, comme le fait remarquer Duparcque (1), s'élève toujours de plus en plus à mesure que l'âge de la grossesse avance, au-dessus de la ceinture osseuse du bassin qui, auparavant, lui faisait un rempart naturel. Il faut ajouter que l'utérus gravide, distendu et alourdi, si nous pouvons ainsi dire, par le produit de conception, fuit de moins en moins facilement sous le choc.

Les plaies par instruments piquants peuvent être d'origine interne, léser primitivement la face interne de l'utérus. C'est ce qui arrive dans les tentatives d'avortement criminel, faites le plus souvent au moyen de la ponction des membranes par un instrument piquant qui, s'il est mal dirigé, vient atteindre la face interne de l'utérus.

(1) Duparcque. *Traité des ruptures et déchirures de l'utérus et du vagin.*

Les plaies par instruments tranchants et contondants sont ordinairement d'origine externe. Un coup de couteau porté sur le ventre peut perforer de part en part la paroi abdominale et l'utérus et donner une hémorrhagie par la plaie extérieure et une autre par les voies génitales.

Les corps contondants peuvent ne produire une métrorrhagie qu'indirectement, en favorisant la production d'une eschare utérine, qui, par sa chute, causera l'hémorrhagie.

Mais, dans le cas le plus habituel, ils agissent en produisant une rupture de l'utérus. Cet organe, en effet, est comprimé entre l'objet traumatisant et un os du bassin, le plus souvent la partie inférieure de la colonne vertébrale, et, dans ces conditions, il est obligé de céder. La compression peut être plus violente encore, quand la femme est adossée à un corps résistant quelconque et les exemples sont nombreux, dans la littérature médicale, d'utérus qui se sont rompus, parce que comprimés entre une roue de chariot et un mur.

Voici quelques faits dans cet ordre d'idées.

OBSERVATION XXVIII

Traumatisme utérin (Veit)

[In thèse de Tourmente] (1)

Je présente à la Société obstétricale de Berlin les organes génitaux d'une femme âgée de quarante-cinq ans, enceinte pour la quatrième fois.

Cette femme se trouvait au cinquième mois de sa grossesse, quand, le 31 janvier, elle tomba et son abdomen porta sur l'encadrure en granit d'une rigole. Elle eut de violentes douleurs, des vomissements et une hémorrhagie.

(1) Tourmente. *Du traumatisme utérin et péri-utérin pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1883.

Le 2 février, je la vis et constatai les vomissements et l'écoulement de sang par la vulve. Le canal cervical était à peine perméable. Une sonde introduite dans l'utérus pénétra jusque dans l'abdomen.

La laparotomie fut pratiquée à l'hôpital. On fit la résection du fond de l'utérus perforé. Les bords de la déchirure étaient en décomposition putride. Drainage. Mort 6 heures après.

OBSERVATION XXIX

Traumatisme utérin (Frommel)

(In thèse de Tourmente)

Femme de quarante-cinq ans, enceinte pour la quatrième fois.

Dans le cinquième mois de sa grossesse, elle fit une chute sur la terre gelée, et en ressentit quelques malaises. Deux jours après, gravement malade, elle demanda les secours de la polyclinique et y est transportée.

La laparotomie est pratiquée. On trouve le fœtus putréfié situé au milieu des anses intestinales. Le lieu de la déchirure, qui siégeait au fond de l'utérus, était flasque et putréfié dans une étendue de 2 centimètres. On résèque ces parties putréfiées, on fait la suture utérine, après avoir nettoyé le péritoine, et on ferme la plaie. Mort 4 heures après.

L'observation qui suit a trait à une rupture de l'utérus dans une tentative d'avortement criminel.

OBSERVATION XXX

Rupture utérine

[Contagne] (1)

La fille M..., vingt et un ans, brodeuse, succombait le 23 juin, à Lyon, dans des circonstances suspectes, sur lesquelles l'attention du parquet fut bientôt appelée par une lettre ano-

(1) Contagne. *Archives de tocologie*, 1883, p. 160.

nyme. Une enquête judiciaire, immédiatement ouverte, apprit ce qui suit.

Marie M... avait quitté sa famille depuis un an environ, et entretenait avec un jeune ouvrier des relations qui aboutirent à une grossesse sur laquelle elle n'eut plus de doutes en mai : elle pensait accoucher en octobre, mais nous verrons que le terme qu'elle s'assignait n'était exact qu'à un mois ou un mois et demi près. Abandonnée par son amant, elle résolut immédiatement de mettre fin à sa position, et manifesta à plusieurs voisines et amies son intention de se faire avorter, dût-elle en mourir.

Suivant la marche classique qu'on observe dans l'accomplissement de ce crime dans la population ouvrière de nos villes, la fille M... commença à prendre, sur les indications d'une amie, des remèdes internes réputés abortifs, et qui dans ce cas semblent avoir été des plus anodins (safran, armoise). Elle fut en outre surprise, au moins une fois, s'administrant des injections vaginales avec de l'eau d'arquebuse, mais avec un instrument et dans des circonstances qui ne permettent d'admettre une pénétration du liquide au-delà du vagin. Ces diverses manœuvres n'exercèrent aucune influence appréciable ni sur la grossesse, ni sur la santé générale ; il en fut de même d'une chute faite en descendant d'un tramway, au commencement de juin. Notons enfin l'absorption, dans un but qui échappe, peu de jours avant la mort, de pilules au sulfate de quinine prescrites à une de ses amies pour une fièvre gastrique par notre honorable confrère, le docteur C... ; rien dans l'instruction ne permet de supposer que cette fille ait pu être mise sur la voie des propriétés abortives du sulfate de quinine, remède qui n'entre pas, que je sache, dans la liste de ceux auxquels le peuple attribue une action de cette nature.

Les moyens précédents échouant radicalement et aucun symptôme local ou général ne faisant pressentir une fausse-couche, on recourt aux grands expédients. Marie M... se fait indiquer l'adresse d'une sage-femme experte en la matière, et, le 16 juin, annonce à ses voisines, en revenant de lui faire une première visite, qu'une accoucheuse lui avait promis de la faire avorter. Le 20, nouvelle visite à la sage-femme. Enfin, le 21, se

portant parfaitement bien, elle sort, annonçant qu'elle va chez l'accoucheuse qui doit la blesser, comptant rentrer bientôt et se chargeant de plusieurs commissions. Une heure après, une personne arrive chez l'accoucheuse et y trouve Marie M... couchée sur un lit dressé à la hâte et paraissant sérieusement malade. Que s'est-il passé dans cet intervalle et que va-t-il se passer jusqu'à la mort de la victime ? Nous sommes réduits sur ce point aux déclarations de l'inculpée. Elle prétend que, dès que la fille M... est entrée chez elle, elle a été prise simultanément d'une syncope et d'une métrorrhagie abondante. Le sang qui s'écoulait était noirâtre, sans caillots ni débris membraneux, à odeur fétide, mais non lochiale. Inquiétée de cet état, elle a couché la malade, et lui a administré dans la journée 1 gramme d'ergot de seigle. Les symptômes ne lui ont pas paru assez alarmants pour nécessiter des soins médicaux spéciaux ; elle a pratiqué deux fois le toucher, sans constater de commencement de travail. Ce n'est que le 22 qu'elle fait chercher le docteur R..., qui déclare avoir été appelé *in extremis* et avoir constaté tous les signes d'une péritonite suraigüe, sans espoir de guérison ; le toucher vaginal lui a fait reconnaître que le col est entr'ouvert, mais que l'orifice interne ne peut être franchi. La mort arrive le lendemain, 23.

Le cadavre, enterré le 24, fut exhumé le 29. Voici les résultats de l'autopsie.

Rien d'anormal dans les organes thoraciques et abdominaux. Signes de putréfaction.

La vulve, entr'ouverte, présente un hymen déchiré sans lésion de la fourchette et laisse écouler un liquide puriforme.

Le péritoine est absolument sain dans sa partie supérieure, mais, au niveau du bassin, il est épaissi et présente quelques fausses membranes. Epanchement liquide dans le pelvis, dont la quantité est d'environ un verre et demi, constitué par un mélange de caillots noirs et de sérosité trouble, à peine purulente. La collection entoure une tumeur d'aspect singulier, irrégulière, rougeâtre, située à la partie inférieure du bassin, entre le rectum et l'utérus, dont les dimensions sont en rapport avec une grossesse de quelques mois. En essayant avec pré-

caution cette tumeur. nous ramenons sur le linge un petit corps, facile à reconnaître pour un os pariétal de fœtus, et pouvons extraire du bassin un fœtus, dont le poids est de 36 grammes et la longueur 15 centimètres, relié par un cordon intact à un placenta dont le poids est de 12 grammes ; le fœtus, ni les annexes ne portent trace de blessure.

Le fond de l'utérus a complètement disparu entre les insertions tubaires. Pas de traces d'altération de cet organe.

Le docteur Coutagne conclut à une rupture de l'utérus, ayant pris point de départ dans une lésion produite par la main de la sage-femme et s'étant produite consécutivement et par irradiation. Il fait remarquer qu'il faut faire entrer en ligne de compte, à défaut d'altération pathologique de l'organe, l'administration du seigle ergoté.

Ruptures spontanées de l'utérus. — Si un utérus sain peut se rompre pendant l'accouchement, quand un obstacle insurmontable s'oppose à la progression du fœtus, tous les auteurs s'accordent à dire avec Duparcque (1), Velpeau (2) et Jacquemier (3) que la condition nécessaire à la rupture spontanée de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse est une altération pathologique des parois de cet organe.

Duparcque cite le cas d'une femme qui, au quatrième mois de sa cinquième grossesse, eut une rupture spontanée de l'utérus : le point où siégeait la rupture présentait un état variqueux avec amincissement et ramollissement des parois. Coutagne (4) rapporte les cas de Martin jeune et de Henry Cooper, où l'utérus, atteint de

(1) Duparcque. *Traité des ruptures et déchirures de l'utérus et du vagin.*

(2) Velpeau. *Traité des accouchements.*

(3) Jacquemier. *Traité des accouchements.*

(4) Coutagne. *Archives de tocologie*, 1883.

dégénérescence carcinomateuse, s'est rompu au début de la gestation.

Sans qu'il y ait une lésion de la matrice, il peut y avoir une anomalie dans cet organe ou dans le siège de la grossesse.

Duparcque rapporte le cas d'une femme qui eut une rupture de l'utérus au quatrième mois de sa grossesse : on trouva un utérus double.

Kaltenbach (2) relate un fait semblable. Une femme, ayant eu trois accouchements antérieurs, mourut d'hémorragie utérine au cinquième mois de sa quatrième grossesse. On supposa que la mort était due à un traumatisme. A l'autopsie, on trouva un utérus unicorne, une deuxième corne rudimentaire ayant contenu un produit de conception. La rupture de cette poche rudimentaire avait donné lieu à une hémorragie rapidement mortelle.

Ces deux faits sont facilement explicables, si l'on se rappelle l'embryologie de l'utérus. Cet organe se développe aux dépens des deux canaux de Müller, qui, d'abord séparés, viennent se réunir sur la ligne médiane en s'addossant par leur paroi interne, ne formant plus alors qu'une seule cloison. Celle-ci se résorbe peu à peu et il ne reste bientôt plus qu'une cavité unique, qui est la cavité utérine.

Mais il peut arriver que la cloison médiane ne disparaisse pas : on a alors un utérus double, comme dans le cas de Duparcque. Ou bien un seul canal de Müller contribue à la formation de l'utérus ; on a alors un utérus unicorne, comme dans le cas de Kaltenbach, l'autre canal de Müller ne se développant pas suffisamment et restant à l'état embryonnaire, formant une corne rudimentaire.

Dans les deux cas, l'utérus, où va se loger le produit

(1) Kaltenbach. *Congrès des médecins allemands à Fribourg, 1883.*

de conception, est plus petit qu'à l'état normal, et il aura bien des chances de se rompre.

Enfin, on a cité des cas de grossesse interstitielle : la terminaison habituelle était la rupture de l'utérus dans les premiers mois de la gestation.

VI. VARICES DU COL DE L'UTÉRUS

L'existence des varices du col de l'utérus n'est pas une simple vue de l'esprit ; elle a déjà été constatée par Peu (1) et Guillemeau (2), qui parle des « hémorrhoides de la matrice ».

Plusieurs auteurs ont rapporté des cas de rupture de ces varices pendant l'accouchement. Peuvent-elles se rompre également pendant la grossesse, particulièrement pendant les six premiers mois, et donner lieu ainsi à une hémorrhagie utérine ?

Guillemeau l'admet. Cazin, dans son travail pour le concours du prix Capuron (3), raconte l'histoire d'une femme chez laquelle, au septième mois de la quatrième grossesse, il constata des varices peu développées sur le museau de tanche ; cette femme avait été réglée pendant les trois premiers mois, et Cazin, sans autres détails, rapporte ces hémorrhagies à un suintement sanguin à travers les parois des veines ectasiées.

Dans sa thèse d'agrégation, Budin (4) écrit : « Pendant la grossesse et l'accouchement, il ne faudra pas confondre l'hémorrhagie due à la présence de varices du col avec l'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta. » Il admet donc que, pendant la grossesse, les varices du col peuvent produire des hémorrhagies.

(1) Peu. *Pratique des accouchements*.

(2) Guillemeau. *Grossesse et accouchement des femmes*.

(3) Cazin. *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement*.

(4) Budin. *Des varices chez la femme enceinte*. Thèse d'agrégation, 1880, p. 124.

Et c'est tout. Nous n'avons pu trouver aucun autre renseignement, aucune observation sur ce sujet.

Nous ne faisons donc que signaler la possibilité d'hémorragies liées à la présence de varices sur le col, sans y insister plus longuement.

VII. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

La grossesse ectopique compte fréquemment dans sa symptomatologie l'apparition d'hémorragies utérines, qui surviennent dans les premiers mois de la grossesse. Dans la grossesse extra-utérine, en effet, l'utérus subit des modifications analogues à celles qui se produisent dans une grossesse normale; en particulier, il y a néoformation de vaisseaux; la circulation devient plus active, la vascularisation plus intense. Il y a donc là une prédisposition aux hémorragies.

De plus, la muqueuse utérine se modifie également; elle se transforme en caduque qui souvent est expulsée, par conséquent détachée de la paroi interne de l'utérus; par suite, des vaisseaux sanguins sont ouverts et il y a hémorrhagie.

OBSERVATION XXXI

Grossesse extra-utérine (Boisleux) [1]

M^{me} C..., trente-quatre ans. Réglée à dix-huit ans.

A vingt-quatre ans, fausse couche de trois mois. Suites normales.

A vingt-cinq ans, pelvi-péritonite. Alitée pendant trois mois.

A vingt-huit ans, accouchement à terme. Suite de couches normales. Enfant vivant.

A trente ans, fausse couche d'environ cinq mois.

Fin des dernières règles, 9 mars. Du 10 au 15 avril, pertes

(1) Boisleux. *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890, p. 445.

abondantes avec caillots. Du 13 au 20, la malade perd chaque jour quelques gouttes de sang.

Potion avec deux grammes d'ergotine. Le 21 et les jours suivants, les pertes continuent; nouvelle potion avec deux grammes d'ergotine; la malade perd de plus en plus. Le 23, elle est obligée de s'aliter. Le 29, potion avec trois grammes d'ergotine, lavements laudanisés.

Le 3 mai, la malade est alitée, exsangue. Pouls petit (120). Elle perd toujours et se plaint de douleurs dans la jambe droite. Au toucher, on sent un col mou, souple, qui laisse présumer une fausse couche; l'utérus est en antéflexion; le corps, coudé sur le col, est hypertrophié, et, de plus, immobile, comme incarcéré dans le petit bassin. A gauche de l'utérus, tissu résistant, lardacé, ne permettant pas au doigt de distinguer aucune tumeur. A droite, le cul-de-sac latéral est plus souple, et, en un point situé immédiatement à côté de l'utérus, on trouve un point membraneux se laissant déprimer comme les membranes dans un accouchement à terme. De plus, en arrière, vers le Douglas, on sent une tumeur grosse comme un œuf de poule. Diagnostic : avortement imminent. On supprime l'ergotine et continue les opiacés.

Le 4, même état. Le 6, examen au spéculum de Sims : col hypertrophié, bleuâtre, ne laissant pas pénétrer l'extrémité du doigt : à droite du col, on perçoit un point ramolli et membraneux de un à deux centimètres de diamètre. Gaze dans le vagin. Le 6, la malade a quelques douleurs utérines; pertes arrêtées; douleurs persistantes dans la jambe droite. Le 10 et le 11, pertes avec caillots. Le 12, les pertes ont cessé, mais la malade se plaint toujours de douleurs dans la jambe droite, bien qu'on ne constate à ce niveau ni traces de lymphangite, ni œdème. Le 18, la malade a quelques douleurs et perd quelques caillots, cependant le col est toujours fermé. Le 2, nouvelles douleurs; expulsion de caillots; col toujours fermé.

Le 24, pendant 6 heures, douleurs aussi fortes que celles de l'expulsion, pendant l'accouchement, douleurs simultanées très vives dans la cuisse droite, en dedans et en dehors de la cuisse, surtout au niveau du triangle de Scarpa; ces douleurs, d'après

la description de la malade, suivent le trajet des nerfs antérieurs et postérieurs de la cuisse. A la suite de ces douleurs, la malade a expulsé par la matrice des débris de membranes, dont j'ai recueilli quelques morceaux.

Je n'ai pas trouvé de villosités choriales ni restes d'œuf, mais bien une membrane déciduale organisée. De la structure de cette membrane (cellules rondes et fusiformes dont le corps est très développé comparativement au noyau qui est resté petit), je conclus à une grossesse certaine. De l'absence de villosités choriales et de parties fœtales, je conclus à une grossesse extra-utérine, siégeant au point où j'ai senti une tumeur offrant un ramollissements spécial.

Du 24 mai au 9 juin, pertes peu abondantes.

Du 6 au 26, les pertes ont cessé. La malade est restée alitée. Du 26 juin au 2 juillet, retour de règles. Le 6 juillet, la tumeur droite était réduite; le point membraneux était comblé et remplacé par un tissu vaginal souple, sans solution de continuité. Le 26 juillet, la femme est complètement guérie.

OBSERVATION XXXII

Grossesse extra-utérine (Smolsky) [1].

M^{me} B..., trente-deux ans, mariée depuis neuf ans, elle avait accouché deux fois normalement, la dernière fois, il y a sept ans. Elle souffrait de temps en temps d'inflammation des annexes à droite.

Le 12 septembre, elle vint me trouver, se plaignant de la suppression de ses règles, de nausées, de malaise général. Le diagnostic fut de grossesse au deuxième mois.

Une semaine plus tard, l'apparition d'hémorrhagie fit soupçonner un commencement d'avortement. Au bout d'une semaine, l'hémorrhagie ayant cessé, l'examen confirma le diagnostic de grossesse et, de plus, dans le cul-de-sac vaginal gauche, on sentit une tumeur très sensible, qui, dans la dixième semaine de la gestation, était de forme oblongue et de la grosseur d'une

(1) Smolsky. *Annales d'obstétrique et de gynécologie*, 1890, p. 647.

noix. On la prit pour une inflammation. La matrice se trouvait en latéro-version droite, avec un développement correspondant au temps de la grossesse.

Le 8 octobre, je trouvai que la tumeur avait acquis la dimension de deux poings, une consistance pâteuse, inégale, avec des parties dures, elle était peu sensible, occupait la plus grande partie du Douglas et était séparée de l'utérus par un sillon bien défini. En palpant extérieurement, on la sentait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, du côté gauche. Pendant l'examen intérieur, on sentait une pulsation très forte, et, en auscultant, on entendait le bruit vasculaire. L'utérus était agrandi et déplacé à droite et en avant, à quatre travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart; il était dur et fortement contracté, piriforme et un peu aplati d'avant en arrière. Je diagnostiquai alors une grossesse tubaire gauche.

On voulut opérer la malade, mais elle succomba.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité péritonéale un énorme épanchement de sang récent, avec les phénomènes d'une anémie aiguë, et, dans la trompe de Fallope gauche, une prégnation de quatre mois lunaires et une large rupture du réceptacle foetal.

OBSERVATION XXXIII

Grossesse extra-utérine

[Tuffier] (1)

Mathilde C..., trente-quatre ans, entre le 13 février à l'hôpital Beaujon. C'est une femme grande, forte, bien constituée, qui est entrée dans le service de M. Gombault pour se faire soigner de douleurs abdominales. L'examen ayant fait reconnaître une tumeur dans la région hypogastrique, une intervention chirurgicale est jugée nécessaire, et la malade nous est adressée.

Les antécédents pathologiques de cette femme sont intéressants. Elle est réglée depuis l'âge de dix-sept ans, régulièrement sans leucorrhée. Elle a eu à 23 ans une grossesse suivie d'un accouchement facile et sans accidents ultérieurs.

(1) Tuffier. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1891.

Au mois d'octobre dernier, la menstruation fit défaut pendant un mois, sans que la malade eut aucune douleur ; mais, quinze jours après, survint une perte de quelques gouttes de sang, et, en même temps, l'abdomen devint le siège de douleurs sourdes, comme une sorte de pesanteur dans le bas-ventre. Les phénomènes douloureux s'accompagnent, toutes les deux ou trois semaines environ, d'accès très aigus, survenant brusquement, durant une heure, et provoquant des douleurs si vives que la malade en eut, en décembre dernier, une syncope. Ces accidents persistant, un médecin fut mandé : il trouva un ventre gros, sensible, ordonna des laxatifs, puis des opiacés. Dix jours après, la malade reprit ses occupations.

Durant toute cette période, qui va du 30 octobre au 4 janvier, des pertes de quelques gouttes de sang se répètent environ tous les huit jours.

Le 20 janvier, nouvelle métrorrhagie avec quelques caillots. Les douleurs deviennent si vives que la malade entre à l'hôpital.

Nous trouvons une femme assez grosse, ni émaciée, ni même anémiée. Le ventre est assez gros, mais rien, au premier abord, n'y révèle une tumeur. Il est facile à explorer, car toute sensibilité anormale a disparu. On trouve dans l'hypogastre une tuméfaction du volume d'une tête d'adulte, remontant, sur la ligne médiane, à environ quatre travers de doigt au-dessus du pubis, se portant, en bas, derrière la symphyse ; de chaque côté, elle empiète sur la fosse iliaque, surtout à droite ; elle est lisse, dure, facile à circonscrire avec les deux mains, et si superficielle qu'on la croirait presque dans l'épaisseur de la paroi abdominale, qu'on peut saisir et déplacer sur elle. Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus, sa fusion intime avec cet organe, qui est en rétroflexion ; le col est normal, sans augmentation de volume. On sent par l'exploration rectale la paroi postérieure de l'utérus qui fait saillie dans cette cavité, mais lisse et normale. Les régions voisines sont comprimées par cette tumeur, comme l'attestent les mictions fréquentes et la constipation, qui dure généralement cinq ou six jours. L'état général est bon. Les autres organes ne présentent aucune lésion.

En présence de ces accidents, mon collègue Brun et moi pensons à un fibrome utérin ; toutefois, l'évolution de la maladie, le siège de la tumeur, nous laissent indécis, et nous prenons la résolution d'endormir la malade, pour la soumettre à un examen plus approfondi. L'anesthésie ne nous révéla rien que nous ne sachions. Dans ces circonstances, j'aurais employé le traitement électrique, si j'avais eu un diagnostic certain ; mais, en face d'une hésitation justifiée, d'une tuméfaction anté-utérine de nature douteuse, je n'hésitai pas à proposer une laparotomie, qui fut acceptée et exécutée le 13 mars. La suite va démontrer que cette conduite était justifiée.

L'abdomen est ouvert à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le doigt, introduit dans l'abdomen, sent la tumeur lisse, et, à sa surface, une masse dure, pierreuse, irrégulière, présentant une petite partie complètement mobile. C'est un bras de fœtus calcifié. Agrandissement de l'incision dans une étendue de 4 centimètres. On voit alors le dos, libre, du fœtus qui, calcifié, est collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur, trop grosse pour qu'il puisse l'embrasser. Je ne puis mieux le comparer qu'à un enfant cramponné sur une mappemonde trop volumineuse, et cherchant à s'y retenir. La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin, aux ligaments larges. Je détache facilement ces adhérences et je l'extrais. — Annexes sans lésions apparentes. — Toilette et suture du péritoine. Suture de la paroi et de la peau. Pansement.

Les suites opératoires furent d'une bénignité remarquable.

B) Causes venant du contenu de l'utérus.

Jusqu'au quatrième mois de la gestation, on ne distingue que le chorion comme membrane de l'œuf, puis le placenta se forme. Ces deux parties peuvent être la source d'hémorrhagies dans les six premiers mois de la grossesse : il peut survenir un décollement prématuré du placenta normalement inséré, il peut y avoir insertion vicieuse du placenta ; enfin, le chorion peut subir la

dégénérescence myxomateuse, donnant ainsi naissance à la grossesse molaire. Nous allons étudier ces trois causes d'hémorrhagies.

I. DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ

Nous avons déjà vu que l'albuminurie, par ses hémorrhagies, peut décoller le placenta. Nous voulons nous occuper maintenant du décollement du placenta produit par des causes locales, utérines ou péri-utérines. Ces causes sont : le traumatisme, les ébranlements moraux (1) et la brièveté du cordon.

Traumatisme. — Il est de connaissance vulgaire qu'un traumatisme abdominal interrompt facilement le cours d'une grossesse. C'est un moyen fort employé dans le peuple pour se débarrasser d'un produit de conception gênant. Comment vient l'avortement dans un tel cas ?

On a incriminé la congestion utérine, amenant une hémorrhagie, et, consécutivement, un décollement placentaire. Cette explication est juste dans certains cas, en particulier quand le coït est pratiqué pendant la grossesse, surtout aux époques correspondant aux règles : l'orgasme vénérien provoque une congestion intense de toute la zone génitale, congestion pouvant aller jusqu'à l'hémorrhagie.

Mais, d'un autre côté, on se demande pourquoi un coup porté sur le ventre s'accompagnerait de congestion utérine ; il y a évidemment afflux de sang vers la périphérie, épanchement sanguin dans le tissu cellulaire

(1) Logiquement, nous aurions dû placer les ébranlements moraux parmi les causes d'ordre général. Mais ils ont, pendant la grossesse, une influence si prépondérante sur l'utérus, à l'exclusion des autres organes, que nous avons cru préférable de les étudier ici.

sous-cutané, se traduisant par une ecchymose ; mais la congestion utérine dans les faits de ce genre n'est rien moins que démontrée.

Il serait plus logique d'admettre que le traumatisme provoque par réflexe la contraction utérine, ainsi que le font les frictions sur le ventre, et qu'il y a d'abord décollement placentaire, ensuite seulement hémorrhagie.

Enfin, sans mettre en jeu la contractibilité utérine, on peut émettre l'opinion que le traumatisme produit primitivement, par contre-coup, le décollement du placenta.

C'est évidemment de cette façon qu'agissent, non plus des traumatismes abdominaux, mais des traumatismes plus étendus, plus généraux, pour ainsi dire, tels que bondir d'une table sur le sol, sauter les marches d'un escalier quatre à quatre, tous moyens bien connus dans le public comme provoquant facilement l'avortement. Dans le même ordre d'idées, on peut citer des traumatismes moins intenses, mais tout aussi nocifs, et, dans une leçon clinique du semestre d'été 1897, alors que nous étions stagiaire à la Maternité, M. le professeur Herrgott, parlant de leurs effets néfastes sur la marche de la grossesse, s'est vigoureusement élevé contre les voyages de noces, avec leur cortège habituel de cahots inévitables dans les chemins de fer et les voitures, de montées et descentes d'escaliers continuelles et répétées.

Voici, entre tant d'autres, un exemple des accidents qui peuvent arriver en pareille circonstance :

OBSERVATION XXXIV

Voyage en chemin de fer (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott,
Maternité de Nancy, 1899).

Céline G..., trente-sept ans. Deuxième grossesse.
Rien dans les antécédents héréditaires.

Ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher.

Réglée à treize ans et demi, régulièrement. Rougeole à quinze ans.

Première grossesse normale.

Fin des dernières règles, 25 avril. Au mois d'août, à la suite d'un voyage en chemin de fer, a perdu quelques gouttes de sang. Nausées, céphalée, vertiges, varices.

Accouchement normal. Délivrance normale.

Ebranlements moraux. — Tout le monde sait qu'un choc moral, une émotion, une frayeur, la colère peuvent provoquer l'avortement.

Avec Baudelocque (1), les classiques sont indécis pour savoir s'il y a mise en jeu, par réflexe, du système musculaire de la matrice ou congestion utérine liée à des troubles vasculaires généraux, se manifestant d'autre part par un changement dans la coloration du visage.

D'après Minzlieff (2), la première hypothèse n'est pas admissible dans les cas où s'écoule un temps assez long entre le choc moral et le début du travail. Il se produit alors des troubles vaso-moteurs amenant une hyperémie du côté de l'utérus et, si l'équilibre vasculaire n'est pas promptement rétabli, les vaisseaux utéro-placentaires, distendus par le sang, se déchirent et il y a hémorrhagie qui, formant des caillots, excite la contractilité utérine, ou qui, décollant une vaste partie du placenta, empêche le fœtus de continuer à vivre et oblige la matrice de se débarrasser de ce fœtus mort, devenu corps étranger.

Brièveté du cordon. — La brièveté du cordon, naturelle ou accidentelle, peut produire le décollement du placenta pendant le travail et même pendant les derniers

(1) Baudelocque. *Art des accouchements*.

(2) Minzlieff. *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890, p. 209.

temps de la grossesse. Absolument rares sont les faits de ce genre survenant dans les six premiers mois.

Le Dr Marx (1) a publié, il est vrai, un cas où le cordon trop court a amené le décollement du placenta dans le courant du sixième mois, mais il y avait, en même temps, insertion du placenta sur le segment inférieur.

II. INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Jusqu'à ces derniers temps, l'opinion des accoucheurs était que les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta surviennent toujours dans les trois derniers mois de la grossesse. En règle générale, toute insertion vicieuse du placenta donnait lieu à des hémorrhagies dans les trois derniers mois, et, inversement, toute hémorrhagie survenant dans les trois derniers mois relevait forcément d'une insertion vicieuse du placenta. De plus, on assignait à ces hémorrhagies des caractères de brusquerie, d'abondance, dont elles ne devaient pas se départir.

Il est juste d'ajouter qu'on n'avait alors que le toucher pour diagnostiquer le lieu d'insertion du placenta, et qu'on ne pouvait reconnaître ainsi que les placentas insérés sur le col ou tout près de lui, en un mot, les placentas à insertion basse.

Mais Pinard démontra (2) que, le point de rupture des membranes se faisant toujours au pôle inférieur de la matrice, et la hauteur du segment inférieur de l'utérus à terme étant de 10 centimètres, chaque fois que la ligne de rupture des membranes est séparée du bord placen-

(1) Marx. *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890, p. 645.

(2) Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886.

taire le plus proche par une distance moindre que 10 centimètres, il y a insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dès lors, les cas d'insertion vicieuse du placenta se multiplièrent et on y trouva la cause d'hémorrhagies des premiers mois de la grossesse qu'auparavant on ne pouvait expliquer. Il est en effet facile de mesurer, après la délivrance, la distance du bord placentaire au point de rupture des membranes.

Pinard, sur 169 cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur, a trouvé que les hémorrhagies avaient eu lieu :

54 fois dans le premier tiers de la grossesse,
soit 31,09 p. 100;

44 fois dans le second tiers,
soit 26,02 p. 100;

71 fois dans les trois derniers mois,
soit 42,01 p. 100.

En moyenne, les hémorrhagies s'étaient produites pendant les six premiers mois dans une proportion de 28,05 p. 100.

D'autre part, en faisant le relevé des tableaux que nous trouvons dans la thèse de M^{lle} Dylion (1), nous arrivons à un résultat à peu près identique, qui est de
25 pour 100.

Nous pouvons donc conclure que les hémorrhagies dues à l'insertion vicieuse du placenta surviennent pendant les six premiers mois dans une proportion minima de 25 p. 100, dans le quart des cas.

(1) M^{lle} Dylion. *De l'insertion en placenta sur le sigment inférieur et de son traitement*. Thèse de Paris, 1895.

OBSERVATION XXXV

Insertion vicieuse du placenta (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1896).

Suzanne B..., vingt-trois ans. Primipare.

Mère morte d'une affection indéterminée. Père bien portant.

Pas de maladie antérieure. Ne sait pas quand elle a commencé à marcher.

Fin des dernières règles, 11 avril. Rien de particulier au début de la grossesse. Au commencement du cinquième mois, la femme a eu deux métrorrhagies abondantes, à huit jours d'intervalle.

Entre en travail le 2 janvier, à quatre heures du soir. Au palper, on trouve un utérus dépassant l'ombilic de six travers de doigt. Sommet engagé en OIGA. Maximum des battements à gauche. Au toucher, col presque complètement effacé, permettant l'accès du doigt, qui arrive sur les membranes intactes.

Comme la femme n'est pas à terme, on la met au repos absolu et on prescrit un lavement laudanisé de vingt gouttes. Malgré ces mesures, le travail continue.

A 1 h. $\frac{1}{4}$, dilatation comme cinq francs ; à 3 heures, comme une paume de main. Un peu avant, la poche des eaux s'est rompue spontanément. A 3 h. $\frac{1}{2}$, dilatation complète et à 4 heures expulsion d'un garçon pesant 2,700 grammes.

Délivrance normale une demi-heure après. Pendant dix minutes, le placenta a été retenu dans le col par un spasme, qui a été combattu au moyen d'injections chaudes. Insertion du cordon en raquette. Foyers apoplectiques du placenta. Rétention d'une partie de la caduque. La rupture des membranes s'est faite à 4 centimètres du bord placentaire.

Il y a donc eu insertion du placenta sur le segment inférieur avec accouchement prématuré et foyers apoplectiques dans le placenta.

OBSERVATION XXXVI

Insertion vicieuse du placenta (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1899).

M^{me} A..., vingt-neuf ans. Cinquième grossesse.

Rien dans les antécédents héréditaires.

À marché à dix-neuf mois. Réglée à quinze ans, régulièrement. Rien de particulier dans les grossesses antérieures.

Fin des dernières règles, fin avril. Au mois de juin, écoulement sanguin assez abondant, qui a duré une nuit ; il ne coïncidait pas avec l'époque des règles. Quinze jours après, nouvel écoulement sanguin, qui a duré un jour. Le sang était bien rouge. Pas de phénomènes sympathiques. Pas de céphalée. Varices et œdème des membres inférieurs.

Accouchement normal.

La rupture des membranes se fait à 1 centimètre du bord placentaire.

OBSERVATION XXXVII

Insertion vicieuse du placenta (inédite, 1889)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott)

M^{me} K..., quarante et un ans. Troisième grossesse.

Père mort de congestion cérébrale. Mère asthmatique.

Ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher. Etant enfant a eu souvent des otorrhées purulentes. Était toujours malade. Croup à cinq ans. Fièvre typhoïde et scarlatine. Depuis l'âge de quinze ans jusqu'à son mariage, anémie très marquée. Réglée à treize ans. A eu alors un premier écoulement menstruel, puis n'a plus rien vu pendant six mois, après lesquels elle a été réglée régulièrement tous les mois, pendant un jour chaque fois et très peu abondamment.

Première grossesse en 1886. Grossesse gémellaire. Enfants nés à terme. On fit une application du forceps sur chacun d'eux.

Deuxième grossesse en 1894, terminée par un avortement de trois mois.

Dernières règles vers le 25 juillet. Vers le 7 août, a perdu sans douleur plusieurs caillots, assez gros le premier jour ; pendant toute la semaine, les pertes continuèrent, moins abondantes. Après une semaine de répit, l'hémorrhagie s'est reproduite pendant un jour, et, durant tout le mois d'août, la femme a perdu chaque semaine pendant un jour. Il n'y a plus eu de pertes pendant les autres mois de la grossesse, qui n'a été marquée que par quelques nausées.

Entre à la Maternité le 6 janvier, à 2 heures de l'après-midi, ayant depuis 3 heures du matin de petites douleurs, qui ont augmenté d'intensité et de fréquence à partir de 5 heures du matin. On constate un utérus élevé à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, le fond dirigé à droite. Sommet engagé en OIGA. Battements en avant et à gauche. Léger écoulement sanguin qui disparaît après une injection vaginale chaude. Au toucher, dilatation comme une paume de main ; membranes intactes, rugueuses en arrière et à gauche. Cinq minutes après, dilatation complète et expulsion d'un garçon coiffé des membranes et pesant 2,250 grammes.

Délivrance immédiate et complète.

Dans ce cas, on ne peut pas se baser sur le point de rupture des membranes, l'enfant étant né coiffé, par conséquent la déchirure s'étant faite sur le pourtour de la circonférence placentaire. Mais il y a eu accouchement prématuré, écoulement sanguin pendant le travail ; on a senti des membranes rugueuses en certain point, tous faits qui coïncident bien avec l'idée d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Au moment où nous livrons notre thèse à l'impression, M. le professeur agrégé Schuhl, avec une inépuisable bonté, nous communique l'observation suivante qui montre une fois de plus que l'insertion du

placenta sur le segment inférieur peut donner des hémorrhagies dans les premiers mois de la grossesse.

OBSERVATION XXXVIII

Insertion vicieuse du placenta (inédite).

(Communiquée par M. le professeur agrégé Schuhl,
Maternité, 1897).

M^{me} C..., âgée de vingt-huit ans, enceinte pour la cinquième fois, entre à la Maternité le 23 septembre 1897, au milieu du cinquième mois de la grossesse. Depuis l'âge de quatorze ans, sa menstruation a été régulière, d'une durée de six à sept jours. Les quatre grossesses antérieures ont été normales. Le premier accouchement fut terminé par une application de forceps; les autres accouchements se firent spontanément. Son dernier enfant est vivant; les autres ont succombé: le premier, à dix mois, de convulsions; le second, à l'âge de neuf jours, d'une affection pulmonaire; le troisième avait succombé au moment de son expulsion.

Pendant la grossesse actuelle, six semaines après la fin des dernières règles, M^{me} C... a perdu subitement une assez grande quantité de sang liquide. Cette perte a duré pendant trois heures. Au bout de huit jours, l'hémorrhagie s'est reproduite et depuis elle a perdu presque tous les jours un peu de sang sans éprouver de douleurs. Ce n'est que depuis un mois qu'elle est alitée. Le 18 septembre, elle est entrée à l'hôpital où l'on a dû pratiquer deux fois un tamponnement vaginal à cause des hémorrhagies.

A son entrée à la Maternité, le 23 septembre, on trouve le fond de l'utérus à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Du côté droit, l'utérus présente une consistance molle, élastique; du côté gauche, il est plus dur. Sa surface est régulière. On n'entend pas de battements fœtaux. Le col est un peu ramolli à sa partie inférieure; l'orifice externe est entr'ouvert; l'orifice interne est fermé. La malade est très pâle; le pouls est à 120; la température est de 37°₂. Il existe un goître peu volumineux.

Le cœur est légèrement hypertrophié. Il existe à la région précordiale un frémissement qui se produit un peu avant la pulsation radiale. On entend un peu au-dessus et en dedans de la pointe du cœur un souffle présystolique léger qui empiète sur la systole qui est prolongée. Il n'y a pas de dyspnée.

Le 25 septembre, la température à huit heures du matin est de 38°,2, le pouls à 120. La malade a eu quelques frissons, se plaint de douleurs abdominales. L'utérus a augmenté de volume depuis le jour précédent; son fond remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'écoulement sanguin s'est reproduit depuis un jour, mais il est peu abondant. Au toucher, on constate que l'orifice interne est entr'ouvert.

A onze heures et demie du matin, la malade expulse spontanément un caillot sanguin, pesant 700 grammes, et en même temps quelques fragments de caduque. On introduit dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes, qui est expulsé à une heure. A ce moment, l'orifice utérin a les dimensions d'une pièce de cinq francs. Au-dessus de cet orifice, on sent des villosités placentaires et une partie fœtale, qui paraît être la tête. A quatre heures du soir, le fœtus est expulsé. La délivrance se fit dix minutes après et s'accompagna de l'écoulement de 145 grammes de sang.

Le fœtus a une longueur de 24 centimètres et demi et pèse 230 grammes. Le délivre pèse 200 grammes. La rupture des membres s'est faite au bord du placenta. Le placenta au niveau de la partie qui correspondait au fond de l'utérus est recouvert de caillots noirâtres, adhérents. Les membranes, au voisinage du placenta sont recouvertes par une substance fibrineuse (caillots anciens). Le cordon a une longueur de 32 centimètres.

Les suites de couches ont été normales, et la malade a pu quitter la Maternité le 4 octobre.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore, et il est bon d'attirer l'attention sur ce point, c'est que ces hémorragies des premiers mois, dues à une insertion vicieuse du placenta, prennent très souvent le caractère périodique

des menstrues, reviennent avec la régularité spéciale à celles-ci, de sorte que les femmes ont des doutes sur leur état de grossesse ou même ne se croient pas enceinte. Cependant, constatant quelque chose d'anormal du côté de leur abdomen, elles vont consulter un médecin qui, lui, reconnaît bien un utérus gravide, mais qui, ne trouvant aucune cause organique pour expliquer ces métrorrhagies périodiques, pose le diagnostic de persistance des règles pendant la gestation. Qu'il examine les membranes, après la délivrance, qu'il mesure la distance du point de rupture au bord placentaire et il constatera, dans la majorité des cas, que ces prétendues règles ne sont que des hémorrhagies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Sur sept observations d'insertion vicieuse ayant donné lieu à des hémorrhagies dans les premiers mois de la grossesse, nous avons trouvé quatre cas où celles-ci avaient la périodicité des règles persistant plus ou moins longtemps pendant la grossesse.

Voici ces observations :

OBSERVATION XXXIX

Insertion vicieuse du placenta (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1897).

Madame G..., vingt-trois ans, primipare.

Père mort phthisique. Mère morte d'une affection que la femme ne peut définir. Un frère mort phthisique. Un autre bien portant.

Ne sait pas quand elle a commencé à marcher. Régliée à quinze ans. Après la première époque menstruelle, à la suite d'un refroidissement, les règles s'arrêtent pendant un an. Depuis, les règles apparaissent toutes les trois semaines, peu abondantes. Variole dans la première enfance, à la suite de laquelle

elle a contracté une ophtalmie purulente qui lui a fait perdre l'œil droit.

Fin des dernières règles, 4 novembre. Le 4 décembre, a perdu un peu de sang, mais beaucoup moins que d'habitude, au moment des règles. Grossesse normale.

Monte à la salle de travail le 11 août à 9 heures du matin. Présentation du sommet engagée en O I G A. Au toucher, col dilaté comme 2 franes, bords légèrement épaissis. La femme perd abondamment ; on rompt les membranes ; l'hémorrhagie s'arrête.

Le reste de l'accouchement est normal.

Quinze minutes après l'expulsion, délivrance normale. Placenta et membranes complets. Rupture des membranes à 4 centimètres du bord placentaire.

Dans ce cas, l'écoulement sanguin, périodique comme les règles, n'est apparu que dans le premier mois. Dans le cas suivant, il a persisté pendant les trois premiers mois.

OBSERVATION XL

Insertion vicieuse (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1899).

Marie F..., vingt-trois ans. Primipare.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Ne sait pas quand elle a commencé à marcher, mais, à deux ans, à la suite d'une pneumonie, elle aurait cessé de marcher. Rougeole. Régulée à quatorze ans.

Dernières règles, du 10 au 12 avril. Pendant les trois premiers mois, pertes de sang bien rouge, au moment des époques ; ces pertes duraient deux jours.

L'enfant vint en présentation du siège. Accouchement normal.

Le placenta est en partie marginé ; sur sa face interne on constate quelques infarctus. L'insertion du cordon est faite sur le bord. La rupture des membranes est faite près du bord placentaire.

Dans le cas suivant, les hémorrhagies persistent, périodiques, pendant sept mois.

OBSERVATION XLI

Insertion vicieuse (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1898).

Angèle E..., dix-neuf ans. Première grossesse.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à quinze ans, régulièrement, pendant huit jours chaque fois.

Dernières règles, du 29 mars au 9 avril. Nausées, vomissements, céphalée: Pas d'œdème ni de varices. Pendant les sept premiers mois, pertes rouges, chaque mois, au moment des époques, durant un ou deux jours, moins fortes que les règles normales; sang très rouge.

Accouchement normal.

Rupture des membranes près du bord placentaire.

Enfin, dans un dernier cas, les hémorrhagies, toujours périodiques, se sont prolongées pendant toute la durée de la grossesse.

OBSERVATION XLII

Insertion vicieuse (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott
Maternité de Nancy, 1897).

Elise R..., vingt-deux ans. Primipare.

Parents bien portants.

Ne se rappelle pas à quel âge elle a commencé à marcher. Réglée à dix-huit ans, régulièrement, trois ou quatre jours chaque mois. Pas de maladie antérieure.

Les règles ont continué pendant tout le cours de la grossesse. Elles étaient tout à fait semblables aux époques habituelles, comme quantité et durée, à tel point que la femme, n'ayant ressenti aucun malaise pendant la grossesse et ayant senti

remuer son enfant il y a seulement 12 jours, ne se sait enceinte que depuis ce moment.

Squelette et seins bien conformés. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

Entre à la salle de travail le 1^{er} octobre, à 6 heures du matin. Présentation du sommet en O I D A. Battements à droite. Au toucher, col complètement effacé, La tête plonge dans l'excavation. Même état jusqu'à 3 heures du soir. A ce moment, dilatation comme 2 francs ; à 5 h. 1/2, dilatation complète. A 6 heures, la rotation est effectuée. Léger écoulement sanguin. A 6 h. 20, expulsion d'une fille de 2,460 grammes. Derrière l'enfant, sort un volumineux caillot sanguin.

Quinze minutes après, délivrance normale. Amnios complet ; rétention d'une petite partie du chorion. La rupture des membranes s'est faite à quatre centimètres du bord placentaire. Un peu au-dessus de la ligne de rupture se trouvent deux caillots adhérents, logés chacun dans une dépression de la face utérine du placenta. L'une de ces dépressions, la plus voisine de la ligne de rupture des membranes, est plus encavée que l'autre ; elle a la forme d'un godet et mesure 3 à 4 centimètres de diamètre. Le tissu placentaire est aplati au niveau de cette dépression qui est parfaitement cylindrique. L'autre dépression, située plus haut que la précédente, est irrégulière, moins profonde, et son niveau, le tissu placentaire, est induré.

Au niveau de l'extrémité placentaire, qui se trouvait vers le fond de l'utérus, est un caillot blanchâtre, autour duquel le tissu placentaire est induré ; ce caillot occupe à peu près 8 centimètres de la circonférence du placenta.

Dans ce cas, en plus des hémorrhagies extérieures, il y a encore eu des hémorrhagies placentaires.

On voit donc, par ces exemples, qu'en présence d'hémorrhagies périodiques, présentant tous les caractères des menstrues, se continuant plus ou moins longtemps pendant la grossesse, il ne faut pas se hâter de diagnostiquer : persistance des règles pendant la gestation. Il faut toujours penser à une insertion du placenta sur le

segment inférieur. Ce fait a, au point de vue pratique, une importance considérable, car toute insertion vicieuse du placenta est susceptible de donner, pendant le travail, une hémorrhagie abondante, grave, pouvant mettre en danger les jours de la parturiente.

III. — GROSSESSE MOLAIRE

Comme la grossesse ectopique, la grossesse molaire, qui est constituée par la môle hydatiforme ou dégénérescence myxomateuse du chorion, produit des hémorrhagies utérines dans les premiers mois de la grossesse. Ces hémorrhagies, d'abord minimales, augmentent de plus en plus d'intensité, et anéantissent considérablement la malade.

D'après la statistique de Hirtzmann (1), sur 35 cas de grossesse molaire, elles sont survenues : 17 fois du premier au troisième mois, 18 fois du troisième au septième, soit 48,57 p. 100 dans le premier tiers de la grossesse, et 51,42 p. 100 dans le deuxième tiers.

Ces hémorrhagies reconnaissent plusieurs origines.

La môle, en contact avec la paroi utérine, pénètre dans celle-ci, chemine dans son épaisseur, la dissèque, et, rencontrant sur son passage des sinus utérins, les ouvre, donnant lieu ainsi à une hémorrhagie.

Enfin, il ne faut pas oublier que la grossesse molaire se développe fréquemment dans un utérus atteint de métrite, et que celle-ci peut donner des métrorrhagies pour son propre compte. C'est là, probablement, la cause principale des hémorrhagies dans la grossesse molaire.

(1) Hirtzmann. *De la môle hydatiforme*. Thèse de Paris, 1874.

OBSERVATION XLIII

Grossesse molaire [Budin] (1).

Le 23 novembre, Rosalie R..., trente-huit ans, était envoyée dans le service de M. Labbé, à la Pitié, pour des pertes abondantes. L'interne de garde ordonna de coucher cette femme en lui maintenant le siège élevé, d'appliquer des compresses glacées sur le ventre, etc.

L'hémorrhagie s'arrêta.

Le lendemain, la malade fournit les renseignements suivants. Elle était habituellement bien portante. Elle avait été réglée à douze ans et mariée à seize. A dix-huit ans, elle devint enceinte, accoucha à terme, fut nourrice, redevint enceinte, ayant ainsi successivement neuf enfants qu'elle éleva elle-même, sans que jamais ses règles vinssent à reparaitre. De dix-huit à trente-quatre ans passés, elle ne fut jamais menstruée. Les règles reparurent après la dixième grossesse.

Actuellement, elle est à sa onzième grossesse. Fin des dernières règles dans les derniers jours de mai. Des nausées survinrent alors, des vomissements, des picotements du côté des seins, des pertes blanches. Elle était enceinte et, à son grand étonnement, trois mois plus tard, elle vit apparaître un écoulement de sang peu abondant, mais continu. A la fin du quatrième mois, elle remarqua que son ventre augmentait rapidement de volume, si bien que, un mois plus tard, elle aurait pu, d'après le développement de l'abdomen, se croire à terme. Les pertes continuèrent, et, dans la nuit du 20 au 21 novembre, elles devinrent excessivement abondantes. Dans la journée du 22, l'écoulement de sang fut un peu moins considérable, mais, les pertes reprenant avec plus d'intensité et s'accompagnant de violentes coliques, la malade se rendit à l'hôpital. Une fois couchée, il lui sembla qu'elle perdait des caillots, puis le sang cessa presque complètement de circuler.

En examinant cette malade, on lui trouve les seins déve-

(1) Budin. *Obstétrique et gynécologie*, p. 507.

loppés; autour du mamelon est une auréole noire; les tubercules de Montgomery sont saillants, et, en pressant sur la glande, on fait sortir du lait : il y a donc évidemment grossesse. En palpant l'abdomen, dont les parois étaient fort épaisses, on sentit le globe utérin revenir sur lui-même et faisant saillie à trois ou quatre travers de doigt au dessus du pubis. En cherchant dans les linges qui avaient été mis sous la femme la veille, et retirés remplis de sang, on trouva un grand nombre de grappes d'un blanc rosé, quelques-unes de couleur grisâtre. Les grains qui, par leur réunion, constituaient les grappes, étaient de volume variable, les uns semblables à des grains de mil, d'autres à des grains de raisin, d'autres enfin presque aussi gros que des œufs de pigeon.

C'était une môle hydatiforme, et sa présence dans la cavité utérine avait été, jusqu'à son expulsion, la cause des hémorrhagies. On ne trouva que des portions de membranes et on ne put reconnaître aucune trace de fœtus.

Les jours suivants, l'état de la malade s'est amélioré d'une façon continue et elle quitta l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION XLIV

Grossesse molaire (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott,
Maternité de Nancy, 1893.)

Catherine S..., vingt-neuf ans. Cinquième grossesse.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Etant toute jeune, a eu des affections tuberculeuses superficielles, un abcès dans la région sous-occipitale droite, un autre au niveau de l'articulation sterno claviculaire gauche. En même temps, elle se plaignait d'avoir mal aux yeux, à la tête et quelques vertiges. Pas d'antécédents spécifiques.

Tousse et crache depuis un an. On trouve aux deux sommets des lésions tuberculeuses qui paraissent plus avancées à droite. Laryngite probablement de même nature.

Réglée à dix-huit ans, régulièrement, durant trois jours. Pas de leucorrhée.

Grossesses antérieures normales. Accouchements bons.

Des quatre enfants qu'elle a déjà eus, trois sont morts, dont l'un de méningite tuberculeuse.

Dernières règles, 13 juin. Faiblesses fréquentes. Nausées presque continuelles. La tuberculose pulmonaire continue son évolution. Le 12 août, sans aucune cause, écoulement sanguin assez abondant, qui s'arrête spontanément. Pendant trois jours, la femme ne perd plus, puis les hémorrhagies continuèrent.

N'a perdu des caillots que pendant un jour.

Entre à la Maternité le 2 septembre. On trouve un utérus assez développé, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, se contractant assez facilement.

La grossesse serait donc plus avancée que la malade ne le dit. On ne perçoit pas de battements fœtaux.

Au toucher, le col était assez volumineux, il a toute sa longueur; la lèvre extérieure est légèrement ramollie, l'orifice externe est entr'ouvert. On donne des lavements laudanisés et on prescrit le repos. Injections vaginales. Depuis son entrée, la malade a perdu continuellement, surtout le soir.

Le 7 septembre, elle a perdu abondamment, et le 10, dans la soirée, elle expulse un petit caillot. Injections vaginales chaudes.

Depuis le 9 septembre, l'utérus a pris un développement assez rapide et remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. On ne perçoit toujours pas de battements fœtaux. De temps en temps, la malade a encore des contractions.

Le 13, le col est en partie effacé et n'a plus qu'un demi-centimètre de longueur. Par l'orifice externe, on peut faire pénétrer la pulpe du doigt, qui ne perçoit pas de ballotement. Par le palper abdominal, on détermine une sensation très nette de fluctuation. Pas de contractions.

Le 15, à sept heures du matin, pertes de caillots sanguins. On se dispose alors à faire le tamponnement avec le pessaire de Gariel. Pendant qu'on fait la toilette du vagin, on y trouve des caillots. On met alors un spéculum et, par son ouverture, on voit un énorme caillot suivi d'autres, le tout formant le volume d'une grosse tête fœtale. A la suite des caillots, vient un morceau de

membrane, blanc rosé sur une face, tapissé de vésicules sur l'autre. On introduit alors la main dans le col et on ramène quantité de vésicules. Sous l'influence d'une contraction, une nouvelle masse vésiculaire sort. On fait une légère expression, qui en amène quantité d'autres. On renouvelle cette manœuvre et, peu à peu, l'utérus se vide et, à la fin, son volume est tel que le fond est derrière le pubis. Le vagin largement irrigué, on réintroduit le doigt dans l'utérus, où on trouve encore du même produit, qu'on extrait. Ceci fait, sur le doigt conducteur, on introduit la canule d'un injecteur, par laquelle on fait couler plusieurs litres de permanganate, d'iode, de microcidine, d'eau boriquée. Le liquide sort chargé de débris vésiculaires et de caduque. Une dernière fois, on introduit le doigt dans l'utérus pour se rendre compte de la cavité. On trouve sur le fond une quantité de vésicules adhérentes dont on détache une partie, préférant laisser le reste plutôt que de perforer l'utérus assez mince à cet endroit.

Après quelques soins antiseptiques, la femme sort en bonne santé.

OBSERVATION XLV

Grossesse molaire (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Hergott,
Maternité de Nancy, 1897).

Amélie B..., vingt-six ans. Deuxième grossesse.

A commencé à marcher à dix-huit mois. Réglée à treize ans, régulièrement, durant deux ou trois jours chaque fois.

Première grossesse terminée par une application de forceps sur un enfant mort-né.

Constitution bonne. Respiration et circulation normales. Tibias incurvés, bassin rétréci.

Fin des dernières règles, 22 février. Vomissements, muqueux le matin, alimentaires après les repas, qui ont duré jusqu'au 22 mai. Entre son dernier accouchement et le moment où elle est redevenue enceinte, la femme n'a jamais eu de douleurs

dans le bas-ventre. Règles régulières et également abondantes. Pas de pertes blanches, pas d'albumine.

Entre le 24 mai, à 3 heures de l'après-midi, disant avoir des pertes depuis un mois environ, et surtout depuis trois jours. N'aurait pas expulsé de fœtus chez elle. Au palper, utérus difficilement perçu derrière le pubis. Au toucher, col effacé et dilaté comme un franc. Au-dessus de l'orifice externe, on sent une cavité, qu'on pourrait prendre pour la cavité du corps, mais qui n'est que celle du col dilatée. Dans cette cavité, on perçoit une masse friable, dont on détache une parcelle, qui est fétide. Le sang qui s'écoule exhale aussi une certaine odeur.

En raison de cette fétidité, on se décide à intervenir. On chloroforme la femme. On introduit dans l'orifice externe le doigt qui contourne la masse contenue dans la cavité cervicale, suit cette masse à travers l'orifice interne et pénètre dans la cavité même du corps de l'utérus. On nettoie celle-ci. On fait suivre cette manœuvre d'une injection intra-utérine au sublimé d'abord, puis au permanganate.

La masse extraite, examinée, montre qu'au milieu de villosités qui semblent normales s'en trouvent d'autres qui ont subi la dégénérescence myxomateuse.

OBSERVATION XLVI

Grossesse molaire (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Herrgott,
Maternité de Nancy, 1897).

M^{me} G..., quarante-six ans. Sixième grossesse.

Mère morte à trente-cinq ans, tuberculeuse. Père bien portant, marié deux fois. A eu six filles du premier lit, dont quatre mortes en bas-âge ; deux survivent, dont l'une est l'accouchée ; l'autre est en bonne santé. Du deuxième lit, neuf enfants, dont un seul survit ; c'est une fille, bien portante, mariée et mère de famille.

Le mari de la malade, sans être d'une constitution très robuste, n'a jamais été alité. Sa femme lui reconnaît des habitudes éthyliques.

Pas de maladie antérieure. Ignore quand elle a commencé à marcher. Régulée à dix-sept ans, régulièrement, quatre à huit jours chaque fois.

Première grossesse à vingt-quatre ans, avant d'être mariée (autre paternité). Accouchement à terme spontané; garçon vivant.

Deuxième grossesse (mari actuel) à vingt-huit ans. Accouchement à terme, bon; garçon vivant.

Troisième grossesse à trente ans. Normale. Garçon; mort à quatre ans du croup.

Quatrième grossesse à trente-deux ans. Normale. Enfant mort à vingt-trois mois de paralysie infantile.

Cinquième grossesse à trente-quatre ans. Avortement de deux mois.

Après chaque accouchement, la femme n'a gardé le lit que huit jours et n'a jamais reçu de soins antiseptiques. Après sa fausse-couche, pertes qui l'ont obligée d'entrer à l'hôpital, où, dit-elle, elle a eu de la fièvre et a été traitée par des injections vaginales. A sa sortie, se déclare une phlegmatia du mollet gauche. Malgré cette affection, la femme n'a gardé qu'un repos relatif, vaquant de temps en temps à ses occupations. Entre le dernier accouchement et la fausse-couche, n'a jamais souffert de douleurs dans le bas-ventre, ni eu de pertes blanches, ni éprouvé de modifications dans ses règles.

Ne sait pas quand elle a eu ses dernières règles. A la fin de février, aurait eu quelques phénomènes sympathiques, tels que nausées, envies de dormir. Avec ces phénomènes, ont coïncidé des pertes quotidiennes, peu abondantes, non douloureuses; elles ont duré jusqu'à Pâques, c'est-à-dire au 18 avril, sans changer de caractères. La veille de Pâques se sont montrées les douleurs, mais l'écoulement n'a pas augmenté. Le jour de Pâques, hémorrhagie sérieuse qui oblige la femme de s'aliter. Après trois heures d'écoulement sanguin, elle a expulsé avec quelques petites douleurs, une masse vésiculaire qui l'a effrayée.

Elle fait chercher un médecin qui extrait encore des vésicules et s'arrête quand il croit l'utérus vide. La femme est soumise, pendant huit jours, deux fois par jour, à des injections chaudes

au sublimé. Au bout de ces huit jours, ne perdant plus ni sang ni débris, ne ressentant aucune douleur, elle se lève et, pendant quinze jours, vaque à ses occupations sans éprouver le moindre malaise. Ces quinze jours passés, c'est-à-dire vers le 9 mai, elle est prise d'hémorrhagie brusque et abondante. Elle appelle son médecin, qui lui fait des injections d'ergotine et de sérum artificiel, qui arrêtent le sang aussitôt. Le jour de la Pentecôte, c'est-à-dire au commencement de juin, nouvelle hémorrhagie soudaine, sans douleurs, qui nécessite un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Celui-ci a été retiré au bout de vingt-quatre heures, laissant à sa suite un suintement sanguin continu. Puis, enfin, la malade prend de la fièvre, ce qui décide son médecin à l'envoyer à la Maternité.

La femme est de forte constitution, obèse, présentant le teint pâle caractéristique d'une hémorrhagie abondante. $T = 39$, $P = 120$. Langue saburrale ; céphalée. Pas de sensibilité du ventre. On sent mal l'utérus, à cause de l'adipose de la femme. Ecoulement vulvaire noirâtre, fétide. Pas d'albumine. Varices des deux membres inférieurs. Au toucher, col entr'ouvert, permettant l'accès de la cavité utérine, où on sent une masse dure. On chloroforme la femme pour explorer l'utérus. La face postérieure est lisse. La face antérieure est, au contraire, inégale, couverte d'aspérités qui offrent une consistance assez grande et se laissent difficilement attaquer. Certains points, cependant, se laissent entamer : ils sont constitués par du tissu molaire. Les points durs sont constitués par du tissu utérin, dilacéré par la môle. Quand le doigt a enlevé tout ce qui lui est possible, la face antérieure de l'utérus est sentie anfractueuse, présentant des sortes de cupules avoisinées par des bandes, des colonnes de tissu utérin disséqué. Au fond de l'utérus est implanté un champignon de la grosseur d'une noix, que l'on prend d'abord pour un polype, tant la consistance en est dure. On parvient néanmoins à entamer cette masse par sa base et à l'extraire : c'est encore du tissu molaire. Au voisinage des cornes de l'utérus se sentent deux reliefs très petits, sur lesquels l'ongle échoue complètement. Toutes ces manœuvres sont suivies d'une injection intra-utérine au sublimé, d'un écouvillonnage et d'un tamponne-

ment à la gaze iodoformée; on laisse également une mèche de gaze dans le vagin.

Au bout de dix jours, la femme est guérie.

Enfin, dans l'observation suivante, la môle hydatiforme s'est comportée comme une véritable tumeur maligne, anémiant, cachectisant la femme, méritant bien ainsi le nom de *déciduome malin* que lui donnent les auteurs allemands.

OBSERVATION XLVII

Grossesse molaire (Gottschalk).

[In thèse de Beach] (1).

Madame B..., quarante-deux ans, sixième grossesse.

Bonne santé intérieure. Pas de syphilis. Régliée à quatorze ans, régulièrement, trois ou quatre jours. Cinq grossesses antérieures, dont trois terminées par des avortements.

Fin des dernières règles, 10 novembre. En janvier, au moment habituel des époques, légère hémorrhagie pendant un jour.

Dans le commencement de février, lassitude, perte de l'appétit, tous les signes subjectifs de grossesse. Le 10 février, forte hémorrhagie. Le docteur S..., mandé, trouva l'utérus ramolli, rétrofléchi, gros comme un utérus de deux mois, et admit la possibilité d'un avortement. Les jours suivants, écoulement assez abondant; plusieurs tamponnements. Traces de débris placentaires dans les pertes. L'hémorrhagie persistant toujours, le médecin conclut, le 18 février, que l'embryon était sorti inaperçu et qu'il y avait rétention des membranes: il fit un curetage qui enleva plusieurs morceaux de membranes; lavage intra-utérin. Pendant les trois jours suivants, douleurs très fortes et expulsion de gros caillots sanguins. Le 21, on trouva l'orifice du col largement entr'ouvert; à la hauteur de l'orifice interne, on sentit l'extrémité inférieure d'un corps allongé, spongieux, que le doigt détacha de son point d'implan-

(1) Beach. *Du déciduome malin*. Thèse de Paris, 1894.

tation, au niveau de l'angle droit du fond de l'utérus, et qui, d'après le docteur S..., représentait un gros morceau du placenta. Tamponnement. Quand le tamponnement fut enlevé, la malade se porta mieux. Le 8 avril, survinrent des hémorrhagies abondantes. Tamponnement. Les hémorrhagies persistèrent, variables en abondance, et la malade, s'impatientant, s'en alla, le 24, voir un gynécologiste qui fit le diagnostic de rétention placentaire et pratiqua, le 28, un curettage, ramenant encore des débris de caduque.

La malade resta cinq jours en traitement chez ce médecin, puis reçut un traitement pendant sept jours, au dehors. Peu après le curettage, les hémorrhagies reparurent et furent attribuées à une rétroflexion de l'utérus, mais elles persistèrent après la correction de cette position vicieuse, et enfin réduisirent la malade à un tel degré d'affaiblissement qu'elle ne fut plus capable de sortir de chez elle pour se faire soigner. Le 24 juin, hémorrhagies si violentes qu'elle eut une syncope. On appela le docteur A... qui trouva la femme baignant dans son sang. Beaucoup de caillots sanguins. Le doigt pénétra facilement dans l'orifice du col, puis dans la cavité utérine qu'il trouva remplie de masses, en apparence placentaires, et le docteur A... crut à un nouvel avortement. Il enlève avec le doigt plusieurs poignées de masses spongieuses, de couleur rouge foncé, insérées surtout à l'angle droit du fond de l'utérus. Tamponnement. Après cette intervention, le médecin eut une mauvaise impression de l'état général de la malade : anémie très marquée, œdème des pieds, pouls petit, fréquent (120), accès de toux dont la malade se plaignait beaucoup et sans qu'on trouve aucun signe physique aux poumons. Pas d'albumine. Les hémorrhagies persistant après l'ablation du tamponnement, le docteur A... fit, le 27 juin, un nouveau curettage, à la suite duquel l'état de la malade s'améliora : les nausées et les hémorrhagies s'arrêtèrent, et il ne resta que quelques pertes rougeâtres. Mais, au bout de huit jours, il se produisit des vomissements, sans troubles gastriques appréciables. Petit à petit, les pertes prirent le caractère de sang pur et les hémorrhagies devinrent plus fortes, comme auparavant. Le 22 juillet, hémorrhagie si violente

qu'on fit un tamponnement. Les troubles généraux et l'hémorrhagie augmentant, on m'appela, le 24 juillet. Vu l'anémie profonde, la petitesse du pouls, la toux, les vomissements, etc., j'eus immédiatement la présomption qu'il pouvait s'agir d'un déciduome malin.

Le doigt, introduit dans l'utérus, ramena 150 grammes de masses dont le volume allait jusqu'à celui d'une noix, et constituées, apparemment, par du tissu placentaire et décidual.

L'examen microscopique des masses enlevées révéla avec précision la prolifération sarcomateuse des villosités placentaires. De ces villosités, la substance muqueuse avait complètement disparu, remplacée par de grosses cellules polymorphes, riches en protoplasma, limitées par un épithélium villex à grosses cellules, et avec des proliférations marquées.

CONCLUSIONS

1° Les principales causes d'hémorrhagies utérines dans les six premiers mois de la grossesse nous semblent être les suivantes :

1. Les cardiopathies ;
2. Les maladies aiguës et certaines intoxications chroniques ;
3. L'albuminurie ;
4. La métrite ;
5. Les tumeurs utérines ;
6. La rétroversion ;
7. La persistance des règles pendant la grossesse ;
8. Les ruptures de l'utérus ;
9. Les varices du col ;
10. La grossesse extra-utérine ;
11. Le décollement prématuré du placenta normalement inséré ;
12. L'insertion du placenta sur le segment inférieur ;
13. La grossesse molaire.

Nous aurions voulu donner ici des chiffres, dire dans quelle proportion on trouve telle cause, dans quelle proportion telle autre. Nos recherches dans ce sens n'ont pas abouti à des résultats suffisants, et nous sommes obligé de rester muet sur ce point. Nous avons donné dans le cours de différents chapitres, les statistiques que nous avons jugées intéressantes.

2° En présence d'hémorrhagies périodiques survenant chez une femme enceinte qui ne présente aucune cause

organique pouvant les expliquer, il ne faut pas se hâter de diagnostiquer : persistance des règles. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une insertion du placenta sur le segment inférieur ; on doit toujours y songer et ne se prononcer pour la persistance des menstrues qu'après l'examen du délivre.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 25 février 1899.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL et GAVARRET. — *Essais d'hématologie*.
- BAR. — *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*.
Thèse d'agrégation, 1886.
- BARATTE. — *De la fièvre typhoïde pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1882.
- BARNES. — *Traité des maladies des femmes*, 1876.
- BAUDELLOCQUE. — *Art des accouchements*, 1796.
- BEACH. — *Du déviduome malin*. Thèse de Paris, 1894.
- BOISLEUX. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890.
- M^{mes} BOIVIN et DUGÈS. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*.
- BUDIN. — *Obstétrique et gynécologie*, 1886.
- BUDIN. — *Leçons de clinique obstétricale*.
- BUDIN. — *Des varices chez la femme enceinte*. Thèse d'agrégation, 1880.
- CAGNY. — *Des hémorrhagies placentaires dans l'albuminurie*.
Thèse de Paris, 1891.
- CAZEAUX. — *Traité des accouchements*, 1840.
- CAZIN. — *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement*, 1879.
- CHANTREUIL. — *Leçons de l'hôpital des Cliniques*, 1879.
- CHARLES. — *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse*.
- COUTAGNE. — *Archives de tocologie*, 1883.
- DUPARCQUE. *Traité des ruptures et déchirures de l'utérus et du vagin*, 1836.
- DUROZIER. — *Archives de tocologie*, 1875.
- M^{lle} DYLION. — *De l'insertion du placenta sur le segment inférieur et de son traitement*. Thèse de Paris, 1895.
- GUILLEMEAU. — *Grossesse et accouchement des femmes*, 1621.
- GUSSEROW. *Centralblatt für Gynækologie*, 1890.

- HIRTZMANN. — *De la môle hydatiforme*. Thèse de Paris, 1876.
- JACQUEMIER. — *Manuel des accouchements*, 1846.
- JACQUEMIER. — *Archives générales de médecine*, 1839.
- KALTENBACH. — *Congrès des médecins allemands à Fribourg*, 1883.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Médecine moderne*, 1892.
- M^{me} LACHAPELLE. — *Manuel des accouchements*, 1825.
- LEFOUR. — *Les fibromes utérins compliquant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation, 1880.
- LEVRET. — *Art des accouchements*, 1761.
- MARX. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890.
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, 1738.
- MINJLIEFF. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890.
- MINJLIEFF. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1892.
- MORIN. — *Remarques sur la dernière épidémie de grippe, et particulièrement sur ses phénomènes hémorrhagiques*. Thèse de Paris, 1891.
- PEU. — *Pratique des accouchements*, 1694.
- PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1886.
- PORRACK. — *Des accidents gravido-cardiaques*. Thèse d'agrégation, 1880.
- REMY. — *Influence de la grossesse sur les maladies du cœur*. Thèse de Nancy, 1880.
- RONHAND. — *Des lésions du placenta dans l'albuminurie*. Thèse de Paris, 1887.
- ROUSSEAUX-DUMARCET. — *Du décollement prématuré du placenta normalement inséré*. Thèse de Paris, 1892.
- ROY. — *Des rapports de la métrite avec la grossesse et l'accouchement*. Thèse de Paris, 1891.
- RUFFIÉ. — *Influenza et grossesse*. Thèse de Lyon, 1894.
- SIMPSON. — *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874.
- SLAWJANSKI. — *Archives für Gynækologie*, 1890.
- SMOLSKY. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1890.
- TARNIER, BUDIN et CHANTREUIL. — *Traité d'accouchements*, 1882.
- TOURMENTE. — *Du traumatisme utérin et péri-utérin pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1883.

TUFFIER. — *Archives de gynécologie et d'obstétrique*, 1891.

VELPEAU. — *Traité d'accouchements*, 1834.

VINAY. — *Maladies de la grossesse*, 1894.

ZIELINSKI. — *De la métrite comme cause d'avortement*. Thèse de
Paris, 1891.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>Causes ne venant pas de l'appareil génital</i>	7
I. Affections cardiaques	7
II. Maladies aiguës.	16
III. Albuminurie	20
CHAPITRE II. — <i>Causes venant de l'appareil génital</i> . .	27
A) Causes venant des parois de l'utérus. . .	27
I. Métrite.	27
II. Tumeurs utérines	35
III. Déviations utérines	44
IV. Persistance des règles pendant la grossesse. .	46
V. Rupture de l'utérus	50
VI. Varices du col.	57
VII. Grossesse extra-utérine.	58
B) Causes venant du contenu de l'utérus . .	63
I. Décollement prématuré du placenta normale- ment inséré.	64
II. Insertion vicieuse du placenta.	67
III. Grossesse molaire	78
CONCLUSIONS	89
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	91

